



МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



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



ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России



Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

МАТЕРИАЛЫ

ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

КОМПЛЕКСНАЯ
РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ
НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ
И ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ

6-7 октября 2022
Новокузнецк



ISBN 978-5-906562-30-2

УДК 617.57/.58-036.868

ББК 54.58

С 56

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. – 293 с.

Сборник содержит тезисы докладов Всероссийской научно-практической конференции «Комплексная реабилитация инвалидов на современном этапе. Теоретические и прикладные аспекты».

В материалах конференции рассмотрены: вопросы организации комплексной (медицинской, социальной, профессиональной) реабилитации инвалидов, межведомственного взаимодействия организаций разной ведомственной принадлежности, применения инновационных технологий в медицинской реабилитации, реконструктивной хирургии, протезировании; практические аспекты социально-бытовой адаптации, социально-психологической реабилитации инвалидов.
Представленные в сборнике материалы будут полезны специалистам в области реабилитации, учреждений медико-социальной экспертизы, протезно-ортопедических предприятий и медицинских организаций.

Редакционная коллегия:

Васильченко Е.М., доктор медицинских наук, доцент, генеральный директор ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России

Владимирова О.Н., доктор медицинских наук, доцент, ректор ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России

Берман А.М., кандидат медицинских наук, заместитель генерального директора по медицинской части ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России

Жестикова М.Г., кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой медицинской реабилитации НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Хохлова О.И., доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела медицинской и социально-профессиональной реабилитации ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России

Денисова Я.А., ученый секретарь ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России

Рецензенты:

Филимонов С.Н., доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний»

Несина И.А., доктор медицинских наук, профессор кафедры неотложной терапии с эндокринологией и профпатологией ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, председатель областного регионального отделения Союза реабилитологов России



ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ





УДК 364.04

Бронников В.А., Григорьева М.И., Вайтулевичюс Н.Г., Серебрякова В.Ю.

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ РАННЕЙ ПОМОЩИ В ФОРМЕ ДОМАШНЕГО ВИЗИТИРОВАНИЯ (НА МАТЕРИАЛАХ ПЕРМСКОГО КРАЯ)

*ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов»,
г. Пермь, Россия*

Аннотация. В статье раскрыто содержание и преимущества оказания услуг ранней помощи в форме домашнего визитирования. Представлен опыт сопровождения в форме домашних визитов, полученный специалистами службы ранней помощи в Пермском крае в рамках реализации проекта «Профессиональное сообщество за использование научно-доказанных подходов» на примере анализа случая конкретной семьи.

Ключевые слова: ранняя помощь, домашнее визитирование, трансдисциплинарный специалист, естественные жизненные ситуации.

Bronnikov V.A., Grigoreva M.I., Vaitulevichius N.G., Serebryakova V.Y.

EXPERIENCE IN THE PROVISION OF EARLY INTERVENTION SERVICES IN THE FORM OF HOME VISITS (BASED ON MATERIALS FROM THE PERM REGION)

*Centre of Comprehensive Rehabilitation of Disabled people
of the Perm Region, Perm, Russia
Perm, Russia*

Abstract. The article reveals the content and benefits of providing early assistance services in the form of home visits. The experience of support in the form of home visits obtained by specialists of the early intervention service in the Perm region as part of the implementation of the project «Professional community for the use of evidence-based approaches», is presented on the example of an analysis of the case of a particular family.

Keywords: early intervention, home visiting, transdisciplinary specialist, natural life situations.

Введение. В настоящее время в регионах России активно развивается система ранней помощи детям до 3-х лет, имеющим нарушения развития, и их семьям.

Большой интерес представляет опыт Пермского края, где развита целостная региональная система, создана сеть служб ранней помощи, определены подходы к оказанию услуг.

Одной из перспективных форм оказания услуг ранней помощи является форма домашнего визитирования, где услуги ранней помощи оказываются одним (трансдисциплинарным) специалистом в естественных жизненных условиях семьи.

Материал и методы. Специалистами ранней помощи ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов» с июня 2021 г. в рамках

проекта «Профессиональное сообщество за использование научно-доказанных подходов» под руководством супервизоров АНО ДПО «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства» было организовано сопровождение семей в форме домашнего визитирования в течение года.

Результаты. Домашнее визитирование является наиболее высокоэффективной формой оказания помощи детям и их семьям, обеспечивает оказание услуг в естественной жизненной среде семьи (в домашних условиях), что дает больше возможностей развития и адаптации полученных навыков; повышение уровня компетентности родителей в области детского развития; всестороннюю поддержку и информирование семьи.

Домашний визит осуществляется только с согласия семьи и имеет единственную цель – сделать помощь семье максимально доступной и удобной в получении. При такой форме организации ранней помощи семья получает всестороннюю помощь, контактируя лишь с одним (трансдисциплинарным) специалистом, что освобождает семью от необходимости взаимодействия с большим количеством специалистов.

Трансдисциплинарный специалист выстраивает доверительные отношения с семьей, оказывает ей качественную и индивидуальную помощь со своей стороны, так как имеет свою основную профессиональную специализацию, а также дополнительные знания и практические навыки из смежных областей. При необходимости специалист обращается за экспертной помощью к специалистам других областей знаний, консультируясь и обсуждая отдельные случаи.

В качестве примера приведен один из случаев оказания услуг ранней помощи семье специалистом в домашних условиях.

В службу ранней помощи обратилась семья девочки Кати (2 года). На момент обращения родителей девочки беспокоило ее развитие. По результатам анкетирования, были выявлены умеренные ограничения жизнедеятельности в области познавательной сферы, коммуникации и межличностного взаимодействия. Семье было предложено сопровождение в форме домашнего визитирования в рамках реализации проекта специалистом службы.

Сопровождение семьи состоит из нескольких этапов: первичный прием, оценочные процедуры, разработка и реализация индивидуальной программы ранней помощи, завершение программы и отслеживание динамики. В ходе реализации программы специалист совершал регулярные домашние визиты в семью, во время которых помогал родителям выстроить обучение ребенка и взаимодействие с ним, а также по необходимости адаптировать домашнюю среду исходя из нужд и потребностей ребенка.

Было отмечено, что в процессе домашнего визита:

- специалисту было легче повлиять на сложившуюся повседневную ситуацию, предложить шаги по ее изменению и помочь их достигать, чем делать это в условиях учреждения, опираясь только на сообщения родителей;
- родители и другие члены семьи были активно вовлечены в процесс реализации программы, проявляли большую самостоятельность при взаимодействии с ребенком, так как домашняя обстановка позволяла выстраивать более доверительное и естественное взаимодействие с ребенком;
- организация или адаптация среды происходила непосредственно в реальных условиях проживания, использовались привычные для ребенка предметы жизнедеятельности, игрушки и стимульные материалы.

Заключение. Таким образом, оказание услуг ранней помощи в условиях домашнего визитирования представляется наиболее эффективным и естественным. Семья освобождается от необходимости взаимодействия со множеством специалистов, трансдисциплинарный специалист регулярно навещает семью, обучает взаимодействию с ребёнком и уходу за ним. В процесс оказания услуг на всех его этапах, начиная с первичного приема, заканчивая процессом составления и реализации индивидуальной программы, включая оценку ее эффективности, вовлечены не только родители, но ближайшее окружение ребенка (сестры, братья, бабушки, дедушки и т.д.). Члены семьи имеют больше возможностей для понимания важности и необходимости в улучшении функционирования ребенка и относительной легкости и реальности, требующихся от них усилий, а ребёнок лучше всего чувствует себя в привычной для него среде, со знакомыми людьми. Даные условия качественно способствуют улучшению функционирования ребёнка в естественных жизненных ситуациях, приобретению необходимых навыков и повышению компетентности родителей в вопросах воспитания ребенка с ограничениями жизнедеятельности.





УДК 616.7-036.8

Васильченко Е.М.

МОДЕЛИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ОПОРЫ И ДВИЖЕНИЯ. МЕХАНИЗМЫ ВНЕДРЕНИЯ

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

Аннотация. Обсуждается механизм внедрения модели реализации услуг по медицинской и социальной реабилитации инвалидов с нарушением функции опоры и движения в условиях медицинского стационара в рамках региональной системы комплексной реабилитации инвалидов. Предложена организационная схема, позволяющая повысить доступность услуг по социальной-средовой реабилитации, улучшить итоговые результаты комплексной реабилитации данного контингента инвалидов, качество жизни.
Ключевые слова: инвалиды с нарушением функции опоры и движения, комплексная реабилитация, межведомственное взаимодействие.

Vasilchenko E.M.

MODELS OF COMPREHENSIVE REHABILITATION OF DISABLED PERSONS WITH IMPAIRED SUPPORT AND MOVEMENT FUNCTIONS: MECHANISMS OF IMPLEMENTATION

Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons, Ministry of Labour of the Russian Federation, Novokuznetsk, Russia

Abstract. The article discusses the mechanism of implementation of medical and social rehabilitation services for disabled persons with impaired support and movement functions in conditions of hospital as part of the regional system for the comprehensive rehabilitation of disabled persons. We proposed the organizational scheme that allows to increase the accessibility of social-environmental rehabilitation services for disabled people with impaired support and movement functions, and to improve the final results of comprehensive rehabilitation of this group of disabled people and their quality of life.

Keywords: disabled persons with impaired support and movement functions, comprehensive rehabilitation, quality of life.

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

Несмотря на то, что основными принципа-

ми комплексной реабилитации инвалидов являются раннее начало, доступность, последовательность, преемственность, непрерывность проведения реабилитационных и абилитационных мероприятий, междисциплинарный подход, учреждения, предоставляющие реабилитационные услуги, не ориентированы в сроках и объемах оказания помощи по всем разделам; каждый участник реабилитационного процесса информирован только о своем разделе индивидуальной программы реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалида:

медицинская организация – о необходимости проведения медицинской реабилитации, учреждение социальной защиты – о нуждаемости в мероприятиях социальной реабилитации; региональное отделение фонда социального страхования – о нуждаемости в обеспечении ТСР.

В итоге результаты, достигнутые при реализации медицинского раздела реабилитации данной категории инвалидов, не находят своевременного и адекватного продолжения в комплексе мероприятий социальной реабилитации.

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

Результаты. В мировой и отечественной практике реабилитации экспертным сообществом признан успешным опыт комплексной реабилитации инвалидов с нарушением функции опоры и движения, основанный на раннем сопряжении мероприятий медицинского и социального характера в условиях стационара: РУП «Белорусский протезно-ортопедический восстановительный центр» (Минск); Швейцарский параплегический центр (Swiss Paraplegic Centre); научно-практические учреждения, подведомственные Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации (далее – Минтруд России).

Анализ результатов деятельности этих реабилитационных учреждений показал, что значимым организационным решением, лежащим в основе достижения высоких результатов комплексной реабилитации данного контингента инвалидов, является одновременное проведение мероприятий по медицинской и социальной реабилитации в условиях стационара.

Однако, несмотря на имеющиеся достижения федеральных учреждений, подведомственных Минтруду России, в сфере комплексной реабилитации инвалидов, их деятельность не носит системного характера, реабилитационная помощь доступна лишь небольшой части инвалидов Российской Федерации (РФ) из числа нуждающихся. Для мультиплексации модели оказания услуг по медицинской и социальной реабилитации инвалидов с наруше-

нием функции опоры и движения в условиях медицинского стационара (далее – Модели) следует рассматривать следующие пути внедрения.

Создание новых реабилитационных центров, предоставляющих услуги по комплексной реабилитации (медицинской, социальной) инвалидам с нарушением статодинамической функции.

Региональная маршрутизация. Последовательное проведение реабилитационных мероприятий в учреждениях разной ведомственной принадлежности: медицинская реабилитация, обеспечение ТСР, социальная реабилитация, профессиональная реабилитация.

Реализация отдельных разделов социальной реабилитации в условиях стационара медицинских организаций.

Основная проблема при реализации этого варианта – организационно-правовая, финансовая. В настоящее время финансовые потоки при оказании услуг в сфере здравоохранения и социальной защиты населения все больше регламентируются: уставными документами определены цели и основные направления деятельности, соответственно, штатное расписание, услуги, которые может оказывать учреждение и которые могут быть оплачены заказчиком. В регионах РФ для реализации разделов медицинской и социальной реабилитации инвалидов привлекаются государственные и муниципальные учреждения, различающиеся по предмету, цели и видам деятельности; учредителю и собственнику имущества. В тоже время, деятельность этих учреждений регулируется региональной администрацией (органами исполнительной власти в сфере здравоохранения и социальной защиты населения).

Предлагается следующий механизм внедрения Модели.

Развитие системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, является предметом совместного ведения федеральных, региональных и муниципальных органов власти. В рамках формирования региональной системы реабилитации инвалидов с нарушением функции опоры и движения органы исполнительной власти должны принять согласованное решение об организации отделения медицинской реабилитации с расширенными функциями на базе одной или нескольких многопрофильных ме-



дицинских организаций (МО).

В устав МО учредителю необходимо ввести дополнительный вид деятельности – социальная реабилитация инвалидов, в том числе по разделам: социально-бытовая адаптация, социально-средовая реабилитация, социально-психологическая реабилитация. Такой вид деятельности не противоречит существующим положениям устава медицинских организаций. Анализ типового устава государственного бюджетного учреждения здравоохранения показал, что целью деятельности МО является, в том числе оказание реабилитационной помощи населению.

Медицинская организация оборудует кабинет по социально-средовой адаптации. Кабинет специалиста по эргореабилитации стационарного отделения медицинской реабилитации (социально-бытовой адаптации) уже предусмотрен Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».

В штатное расписание отделения вводится ставка специалиста по социальной реабилитации инвалидов. Основным направлением деятельности специалиста по социальной реабилитации инвалидов в МО является подбор ТСР, ассистивных технологий, обучение пользованию ТСР инвалидов с нарушением функции опоры и движения и членов их семей, консультации по различным аспектам безбарьерной

среды. Специалист по социальной реабилитации инвалидов в своей работе подчиняется заведующему отделением медицинской реабилитации и входит в состав мультидисциплинарной команды.

Региональный орган управления социальной защиты населения формирует задание на оказание услуг по социальной реабилитации маломобильных инвалидов в условиях стационара, основанного на потребности территории в данном виде услуг и заключает договор (соглашение) с медицинской организацией. Оплата услуг по социальной реабилитации инвалидов, проведенных в условиях стационара МО, должна осуществляться из средств регионального бюджета субъекта Российской Федерации.

Заключение. Такая организационная схема позволит на основе рационального использования имеющихся в субъекте РФ ресурсов (помещений, персонала, оборудования, технологий, финансовых ресурсов) повысить доступность для инвалидов с нарушением функции опоры и движения услуг по социальной-средовой реабилитации; обеспечить комплексность и своевременность оказания реабилитационных услуг на основе мультидисциплинарного подхода; улучшить итоговые результаты комплексной реабилитации данного контингента инвалидов, качество жизни.



ОПЫТ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПРОЕКТА «МИКРОРЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР»

*СПб ГБУСОН «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Московского района»,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация. Опыт социально-медицинского сопровождения 30 детей, большинство из которых (28) имели поражение нервной системы, в рамках Проекта «Микрореабилитационный Центр», который включен в Перечень инфраструктурных проектов по созданию специализированных социальных служб, оказывающих помочь детям и семьям с детьми, находящимся в трудной жизненной ситуации

Ключевые слова: Микрореабилитационный Центр, социально-медицинское сопровождение.

Vinin S.R., Buinevich S.A., Antonova T.S.

OUR EXPERIENCE OF SOCIAL AND MEDICAL SUPPORT FOR MICROREHABILITATION CENTRE PROJECT

*Centre of Social Rehabilitation of Adult People and Children
with Disabilities of Moskovsky District,
St. Petersburg, Russia*

Abstract. Our experience of social and medical support for 30 children with disabilities (mainly with central nervous system disorders – 28 cases) during Microrehabilitation Centre project. The project was included in the List of infrastructural projects aimed at creating social assistance services for children and families in difficult circumstances.

Keywords: Microrehabilitation Centre, social and medical support.

Введение. Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение социального обслуживания населения «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Московского района» решением правления Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, от 22.12.2020 г. № 5, участвовало в Проекте «Микрореабилитационный Центр» (далее – МЦР) с 1 апреля 2021 года. Данный проект включен в Перечень инфраструктурных проектов по созданию специализированных социальных служб, оказывающих помочь детям и семьям с детьми, находящимся в трудной жизненной ситуации, для последующей финансовой поддержки. В рамках реализации проекта «Микрореабилитационный центр» одним из основных путей решения поставленных задач было его социально-медицинское сопровождение.

Материал и методы. Всего в рамках реа-

лизации проекта «Микрореабилитационный центр» социально-медицинские услуги получили 30 реабилитантов, из них:

1) поражения различных отделов нервной системы имели 28 детей:

– детский церебральный паралич – 16 детей (11 из которых имели тяжелые двигательные нарушения по системе классификации общей двигательной функции – GMFCS уровень IV-V);

– различные органические поражения центральной нервной системы с задержкой психомоторного и речевого развития – 6 детей;

– наследственно-обусловленные заболевания – 5 детей (нервно-мышечные заболевания, в т.ч. спинальная мышечная атрофия, врожденная миопатия, генетически-обусловленные заболевания, ахондроплазия);

– опухоль головного мозга – 1 ребенок;

2) онкологические заболевания крови (лейкоз) – двое детей.

Осложнения в виде эпилепсии имели 8 детей.

По возрастному составу дети различались следующим образом: от 3 до 7 лет – 10 детей; от 7 до 10 лет – 7 детей; от 10 до 17 лет – 13 детей.

Результаты. Все виды социально-медицинских услуг (консультирование по социально-медицинским вопросам; проведение лечебно-оздоровительных мероприятий (в том числе с использованием реабилитационного оборудования): лечебная физкультура, массаж, физиотерапевтическое лечение; проведение занятий по адаптивной физической культуре) оказывались на дому нашими специалистами: врачом-неврологом, врачом-педиатром, врачом-физиотерапевтом, медицинской сестрой по физиотерапии, медицинской сестрой по массажу, инструктором по лечебной физкультуре, инструктором методистом по адаптивной физкультуре и спорту.

Сначала были проведены консультации по социально-медицинским вопросам. Для этого осуществлялся выезд врачей-специалистов на дом. Проводились беседы с родителями, тщательный сбор анамнеза, изучались медицинские документы, дети осматривались врачами-специалистами, были даны рекомендации родителям. После этого результаты осмотра с диагнозом, планом проведения лечебно-реабилитационных мероприятий, программой необходимой медицинской помощи с указанием имеющихся показаний и противопоказаний к тому или иному методу докладывались врачами-специалистами на консилиуме, на котором присутствовали все сотрудники, участвующие в данном проекте. Данные консилиумы в дальнейшем устраивались регулярно, с частотой не реже 1 раза в месяц, где специалисты докладывали результаты проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Инструктора по лечебной физкультуре и адаптивной физкультуре в своей работе

использовали различные виды гимнастики, механотерапию. Применялось следующее оборудование для проведения занятий: гимнастические палки, мячи, фитбол, валики с шипами, гимнастический коврик, шведская стенка, ходунки, Костюм «Адели», Реабилитационный пневмокостюм «Атлант». Необходимое оборудование (в частности костюмы «Адели», ходунки, мячи) после обучения выдавалось на прокат.

Специалисты по массажу проводили лечебный массаж на дому с использованием массажного стола, который возили с собой. Целью этих процедур являлось нормализация тонуса мышц, предупреждение развития контрактур, уменьшение синкинезии, улучшение лимфо- и кровообращения, уменьшение трофических расстройств, улучшение метаболизма и кровообращения, стимулирование нервной системы, улучшение общего самочувствия ребенка. Специалисты по массажу работали совместно с инструктором по лечебной физкультуре, добиваясь гашения тонических рефлексов, и развития установочных рефлексов у детей с органическими поражениями центральной нервной системы.

В рамках проекта МРЦ физиотерапевтические процедуры на дому получили 10 детей. В основном это фотохромотерапия на шейно-воротниковую область и речевые зоны, подошвенная опорная стимуляция на аппарате «Корвигит», магнитотерапия на аппарате «Алмаг +».

Заключение. По результатам анализа проведенных мероприятий социально-медицинского обслуживания детей в рамках реализации проекта «Микрореабилитационный Центр» можно сделать вывод, что поставленные цели по улучшению двигательных, психических, речевых функций детям-инвалидам достигнуты. Родители обучены проведению лечебно-реабилитационных мероприятий для продолжения их в дальнейшем.



ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО ВОПРОСАМ СОПРОВОЖДАЕМОГО ТРУДОУСТРОЙСТВА В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – КУЗБАССЕ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Кемеровской области – Кузбассу» Минтруда России,
г. Кемерово, Россия*

Аннотация. Представлена деятельность ФКУ «ГБ МСЭ по Кемеровской области – Кузбассу» Минтруда России, направленная на решение задач по обеспечению инвалидам равного доступа к профессиональному развитию и трудуоустройству. Описан порядок межведомственного взаимодействия между Министерством труда и занятости населения Кузбасса и Главным бюро МСЭ по Кемеровской области, в частности по обмену информацией.

Ключевые слова: сопровождаемое трудоустройство, содействие занятости, соглашение, регламент.

Gavrilyuk O.N., Remneva I.V., Rodygina E.V., Rogova L.G., Komandina L.Y., Blyumina A.E.

THE EXPERIENCE OF IMPLEMENTING THE INTERAGENCY COOPERATION ON THE ISSUES FOLLOWED BY EMPLOYMENT IN THE KEMEROVO REGION

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation of the Kemerovo Region,
Ministry of Labour of the Russian Federation,
Kemerovo, Russia*

Abstract. The paper presents the activities of the Main Bureau of Medical and Social Evaluation of the Kemerovo Region aimed at solving the tasks of ensuring equal access to professional development and employment for disabled people. The procedure of interdepartmental interaction between the Ministry of the Labour and Employment of the Population of Kuzbass and the Head of the Federal Bureau of Medical and Social Evaluation of the Kemerovo region, in particular on information exchange, is described.

Keywords: accompanied employment; employment promotion, agreement; regulations.

Введение. Трудоустройство, обеспечение профессиональной адаптации и стабильной трудовой занятости инвалидов, не имеющих постоянного места работы, при проведении мероприятий по содействию трудуоустройства инвалидов, нередко требует их сопровождения. В настоящее время сопровождение инвалида при содействии его трудовой занятости подразумевает оказание индивидуальной помощи при трудуоустройстве, создание условий для осуществления им трудовой деятельности и ускорения профессиональной

адаптации на рабочем месте, а также формирование пути его передвижения от места проживания до работы и обратно, а также по территории работодателя.

Лица с ограниченными возможностями здоровья и инвалиды являются частью общества, которая из-за связанных с состоянием здоровья ограничений нуждается в организации специальных процессов и социальных технологий, в том числе сопровождения при содействии занятости инвалидов. Внедрение данной технологии в практику оказания помощи инвали-

дам поддержит мотивацию к труду, повысит уровень интеграции в общество, увеличит их социальную активность и профессиональную самореализацию.

Материал и методы. Проанализирован опыт реализации межведомственного взаимодействия между Министерством труда и занятости населения Кузбасса и ФКУ «ГБ МСЭ по Кемеровской области – Кузбассу» Минтруда России по вопросам сопровождаемого трудоустройства инвалидов.

Результаты. При организации сопровождаемого трудоустройства инвалидов было подписано Соглашение между Министерством труда и занятости населения Кузбасса и ФКУ «ГБ МСЭ по Кемеровской области – Кузбассу» Минтруда России по вопросам сопровождаемого трудоустройства инвалидов, в котором были определены основные пункты:

1) сроки взаимодействия – ответ на запрос формируется в течение 5 рабочих дней;

2) порядок информационного взаимодействия – посредниками между центрами занятости и бюро медико-социальной экспертизы выступают Министерство труда и занятости населения Кузбасса и Главное бюро медико-социальной экспертизы;

3) способы защиты информации – взаимодействие осуществляется с использованием защищенного электронного канала связи или бумажного носителя.

Регламентом определен способ передачи запроса и ответа на него – в виде сканированного документа, форма запроса, содержащая всю необходимую информацию для максимального сокращения сроков ответа на запрос и бланк формы запроса о нуждаемости инвалида в сопровождении при содействии занятости.

Порядок работы по сопровождаемому трудоустройству в ФКУ «ГБ МСЭ по Кемеровской области – Кузбассу» Минтруда России регламентирует приказ по Учреждению от 05.06.2019 г. № 449.1 «О порядке реализации положений нормативных правовых документов по сопровождаемому трудоустройству инвалидов». Данным нормативным документом определены:

1) лица, ответственные за осуществление работы по сопровождаемому трудоустройству инвалидов;

2) порядок передачи запроса из Министерства труда и занятости населения Кузбасса в ФКУ «ГБ МСЭ по Кемеровской области – Кузбассу» Минтруда России;

3) срок и порядок передачи ответа на запрос из ФКУ «ГБ МСЭ по Кемеровской области – Кузбассу» Минтруда России;

4) рекомендации по формированию ответа на запрос в соответствии с Методическим письмом ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России от 13.06.2019 г. № 22127/2019 «О порядке реализации положений нормативных правовых документов по сопровождаемому трудоустройству инвалидов».

В ходе реализации межведомственного взаимодействия были отмечены проблемы, связанные с отсутствием:

- единой системы выявления потребности инвалидов в абилитационных или реабилитационных мероприятиях, невозможность «маршрутизации»;

- единого информационного поля и единого информационного сервиса для мониторинга процесса обмена информацией между разными ведомствами;

- единых регламентов, нормативов, процедур, внутренних правил.

Заключение. Таким образом, поставленные государственной программой Российской Федерации «Доступная среда» задачи по организации сопровождения при содействии занятости инвалидов были решены в Кузбассе посредством расширения возможностей межведомственного взаимодействия. Определение общей цели и комплексный подход к ее достижению, создание единого информационного и понятийного пространства способствовали гарантированному результату. Итогом данной деятельности стала разработка общей нормативной базы, единых регламентов, стандартов и требований, что позволило повысить качество и сократить сроки предоставления инвалидам услуги по организации сопровождения при содействии занятости на территории Кемеровской области – Кузбасса.



ЗНАЧЕНИЕ СИСТЕМЫ УЧЕТА В НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕДЕРАЛЬНОГО НОВОКУЗНЕЦКОГО ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

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

Аннотация. В работе представлен анализ функциональных возможностей информационной системы учёта научно-исследовательских, опытно-конструкторских и технологических работ гражданского назначения.

Ключевые слова: ЕГИСУ НИОКТР, научная деятельность, регистрация.

Denisova Ya.A.

THE IMPORTANCE OF THE ACCOUNTING SYSTEM IN THE SCIENTIFIC ACTIVITY OF THE NOVOKUZNETSK FEDERAL CENTRE FOR REHABILITATION OF DISABLED PERSONS

*Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Novokuznetsk, Russia*

Abstract. The study presents an analysis of the functionality of the accounting information system for research, development and technological work of civilian appointment.

Keywords: USISU R&D, scientific activities, registration.

Введение. Последнее десятилетие в Российской Федерации информационные системы внедряются практически во все сферы деятельности, в том числе и научную. Значимыми факторами создания информационных ресурсов в научной сфере являются: развитие единой государственной информационной системы учёта научно-исследовательских, опытно-конструкторских и технологических работ гражданского назначения (ЕГИСУ НИОКТР), внедрение результатов исследований и эффективное расходование бюджетных средств на проведение научных исследований и разработок. В настоящее время в России функционирует несколько информационных систем в научной отрасли, в которых осуществляется учет научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ, их результатов, а также ряда показателей результативности деятельности научных и образовательных

организаций (Доронина Е.Г., 2018). Одной из действующих систем на сегодняшний день является ЕГИСУ НИОКТР.

Цель работы: провести анализ функциональных возможностей ЕГИСУ НИОКТР.

Материал и методы. Проведен обзор сайта ЕГИСУ НИОКТР (<https://rosrid.ru>). Проанализирован функционал и структура данного сайта.

Результаты. Концепция государственного учета результатов научно-исследовательских работ начала формироваться в Российской Федерации ещё в 1994 г. (Федеральный закон от 29.12.1994 г. № 77-ФЗ «Об обязательном экземпляре документов»). С 1997 г. обязательной государственной регистрации подлежали все НИОКТР, выполняемые организациями Российской Федерации независимо от их организационно-правовых форм (приказ Минобрнауки России от 17.11.1997 г. № 125 «Об утверждении положения о государственной



регистрации и учете открытых научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ»).

В 2013 г. специалистами ФГАНУ ЦИТИС была разработана ЕГИСУ НИОКТР. В январе 2014 г. система была введена в эксплуатацию (приказ Минобрнауки России от 22.01.2014 г. № 30). Полномочиями по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере государственного учета НИОКТР гражданского назначения, а также по формированию и ведению системы наделено Минобрнауки России.

Структура сайта представлена следующими вкладками:

- главная – в которой отражаются аналитические и статистические открытые данные;
- глобальный поиск – позволяет проводить поиск НИОКТР;
- справочная – представлена нормативно-правовая информация;
- аналитика – приведены аналитические данные по научным исследованиям и разработкам.

Функционал сайта также содержит личный кабинет для организаций, выполняющих научные исследования.

ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России (далее – Учреждение) – как учреждение науки ежегодно выполняет НИР по комплексной реабилитации инвалидов с нарушением функции опоры и движения в рамках государственного задания, утвержденного Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации.

Учреждение зарегистрировано на сайте ЕГИСУ НИОКТР и имеет личный кабинет. Сотрудник, ответственный за внесение сведений в ЕГИСУ НИОКТР, в разделе «Информационные карты» заполняет регистрационную карту научно-исследовательской, опытно-конструкторской и технологической работы (далее – регистрационная карта); информационную карту реферативно-библиографических сведений (далее – информационная карта), а при необходимости результаты интеллектуальной деятельности. В регистрационную карту вносятся данные о планируемой на текущий год НИОКТР; информационная карта заполняется после завершения научного исследования.

Следует отметить, что регистрационные и информационные карты претерпели изменения (с 2013 г.). В настоящее время актуальными являются формы, утвержденные приказом Минобрнауки России от 25.09.2020 г. № 1234.

На ранних этапах формы были малоинформационными, позже были добавлены дополнительные критерии. Например, соответствие научной темы приоритетным направлениям Стратегии научно-технологического развития Российской Федерации; актуальность проблемы, предлагаемой к решению; планируемые показатели на финансовый год и др.

В 2022 г. в ЕГИСУ НИОКТР были добавлены формы «Проекты тематик научных исследований» и «Проект планов научных работ» (планирование НИР на последующие три года), которые утверждены приказом Минобрнауки России от 18.01.2021 г. № 22. Установлены сроки заполнения форм в данной системе.

Заполненные формы направляются на проверку главному распределителю бюджетных средств, а затем в Российскую академию наук. В системе предусмотрена процедура устранения замечаний. Подтверждённым сведениям присваивается регистрационный номер. Функционал системы позволяет осуществлять взаимодействие Исполнителя научной работы и Заказчика с Минобрнауки России. Эксперты Российской академии наук оценивают темы научных исследований и подготавливают заключение о целесообразности выполнения научной работы и ее финансировании с последующим размещением результатов экспертизы в ЕГИСУ НИОКТР.

Вместе с тем, в работе информационной системы случаются технические ошибки и недоработки из-за обновления её функционала, которые поэтапно устраняются разработчиками.

Таким образом, ЕГИСУ НИОКТР позволяет отследить весь жизненный цикл НИОКТР, начиная от научной идеи до полученного в ходе работы охранныспособного результата (продукта) НИОКТР, а также в режиме реального времени отследить стадии проведения НИОКТР и подготовить статистические отчеты по любому из собираемых параметров.

Выводы. ЕГИСУ НИОКТР – это информационный ресурс, в котором аккумулируются сведения о проводимых исследованиях и разработках. Государственный учет НИОКТР позволяет избежать дублирования исследований и обосновано подходить к выбору тематики научной работы; критерии формы способствуют получению достаточно исчерпывающей информации о НИОКТР; электронное взаимодействие организаций различного типа и

ведомственной принадлежности позволяет сократить сроки регистрации и экспертизы НИОКТР.



УДК 369.8

Жирохова Т.Н., Никитина И.Ю.

АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ СОПРОВОЖДАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ ИНВАЛИДОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ИНТЕРНАТАХ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Вологодской области» Минтруда России,
г. Вологда, Россия*

Аннотация. Тезисы содержат основные аспекты и анализ организации сопровождаемого проживания инвалидов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, проживающих в психоневрологических интернатах Вологодской области, а также обзор нормативно-правовых актов, регламентирующих организацию сопровождаемого проживания в рамках проведения социальной реабилитации или абилитации.

Ключевые слова: сопровождаемое проживание инвалидов, психоневрологический интернат, индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида, социальная реабилитация.

Zhirokhova T.N., Nikitina I.Y.

ANALYSIS OF THE ORGANIZATION OF ASSISTED LIVING FOR DISABLED PEOPLE WITH MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS LIVING IN NEUROPSYCHIATRIC CARE HOMES IN THE VOLOGDA REGION

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation of the Vologda Region,
Ministry of Labour of the Russian Federation,
Vologda, Russia*

Abstract. The theses contain the main aspects and analysis of the organization of accompanied accommodation for disabled people with mental disorders and behavioral disorders, living in psychoneurological care homes of the Vologda Region, as well as an overview of regulatory legal acts regulating the organization of assisted living within the social rehabilitation or habilitation.

Keywords: assisted living for the disabled, psychoneurological care home, individual rehabilitation and habilitation program for the disabled, social rehabilitation.

Введение. Сопровождаемое проживание инвалидов – стационарнозамещающая технология социального обслуживания, предусматривающая возможность предоставления инвалидам услуг по реабилитации или абилитации, в том числе социальных, образовательных услуг, содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической и иной помощи в целях компенсации (устранения) обстоятельств, которые ухудшают условия жизнедеятельности. Актуальность развития данной технологии заключается в необходимости не только сохранить у инвалида навык пребывания в привычной, благоприятной для него среде, но и выработать новые социальные навыки для максимально возможной самостоятельности в организации быта, досуга, общения и социальных связей, в получении профессионального образования и трудоустройстве.

Материал и методы. Ретроспективный, сравнительно-сопоставительный анализ медико-экспертных документов граждан с психическими расстройствами и расстройствами поведения, проживающих в психоневрологических интернатах Вологодской области, получающих услугу сопровождаемого проживания; анализ актов проверки деятельности психоневрологических интернатов Вологодской области, проводимой ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Вологодской области» Минтруда России согласно Плану устранения нарушений, утвержденному Заместителем Председателя Правительства Российской Федерации Т.А. Голиковой от 17.10.2019 г. № 9501п-П12.

Результаты. Целью социальной реабилитации или абилитации инвалидов с психическими расстройствами и расстройствами поведения является обеспечение их социальной адаптации в обществе, оказание помощи для достижения положительной динамики в интеллектуальном, социальном, физическом, психическом развитии. Одним из направлений комплекса социальной реабилитации является сопровождаемое проживание инвалидов, которое направлено на обучение самостоятельному ведению домашнего хозяйства, развитию и сохранению навыков самообслуживания и самоконтроля, навыков социально-средового взаимодействия и коммуникации.

При выявлении граждан, нуждающихся в оказании услуги сопровождаемого прожи-

вания, учитывается социальный статус инвалида – положение (состояние) инвалида, позволяющее ему адаптироваться к условиям ближайшего социума. Социально-бытовой и социально-средовой статусы инвалидов, проживающих в психоневрологических интернатах, как правило, нарушены: затруднена либо не сформирована возможность полноценного взаимодействия с окружающими людьми, получения профессионального образования и трудоустройства; организация ведения бытового хозяйства и досуга.

В соответствии с п.3.5.1., п.3.5.2. приказа Минтруда России от 03.12.2018 г. № 765, при разработке индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, проживающего в организации социального обслуживания и получающего социальные услуги в стационарной форме, специалистами учреждений медико-социальной экспертизы выносится заключение о возможности (невозможности) осуществлять самообслуживание и вести самостоятельный образ жизни. На основании этого заключения возможно выделить категорию инвалидов, которым может быть оказана услуга сопровождаемого проживания. К сожалению, эта отметка не всегда учитывается при составлении индивидуальной программы получателя социальных услуг (ИППСУ) специалистами психоневрологических интернатов.

В Вологодской области в последние 9 лет большое внимание уделяется развитию и внедрению в деятельность стационарных учреждений социального обслуживания стационарнозамещающих технологий для обучения инвалидов старше 18 лет навыкам самостоятельной жизни. В настоящее время эта задача решается в рамках реализации Плана мероприятий на 2019-2024 гг. по развитию в Вологодской области стационарнозамещающих технологий социального обслуживания граждан, страдающих психическими расстройствами, утвержденного постановлением Правительства Вологодской области от 22.03.2021 г. № 328. На территории Вологодской области в семи психоневрологических интернатах проживает 2559 граждан с психическими расстройствами и расстройствами поведения 18 лет и старше. По состоянию на 31.07.2022 г. услугу сопровождаемого проживания получает 31 человек в возрасте от 28 до 56 лет, что составляет 1,2 % от общего количества граждан, проживающих в психоневрологичес-

ких интернатах. Все граждане являются инвалидами второй группы, среди них 11 женщин (35,5 %), 20 мужчин (64,5 %). У большинства лиц основным заболеванием, послужившим причиной инвалидности, является умственная отсталость легкой либо умеренной степени, с указанием на отсутствие или слабую выраженнуюность нарушения поведения (код МКБ-10 F70.0, F70.9). Установленные ограничения жизнедеятельности – ограничение способности к самообслуживанию, к контролю за своим поведением, к трудовой деятельности; у 1 человека ограничение к передвижению умеренной степени, у двух человек имеется ограничение к общению умеренной степени.

Для организаций сопровождаемого проживания инвалидов выделено и адаптировано жилье: «тренировочные» квартиры в много квартирном доме; социальное общежитие по принципу четырех- и двухкомнатных квартир, оснащённых современной бытовой техникой и мебелью; отдельно стоящий жилой дом на территории одного из психоневрологических интернатов (ПНИ).

Результаты работы: сформированы навыки самообслуживания и ведения бытовой деятельности у всех получателей услуги сопровождаемого проживания. Рационально и разнообразно проводить свой досуг научились 80 % подопечных. По личному заявлению граждан сняты со стационарного обслуживания и ведут самостоятельный образ жизни 3

инвалида, 1 человек взят в семью под опеку; 5 – создали свою семью. Получили среднее профессиональное образование в колледже 4 человека. Трудоустроены 14 человек: 6 – вне интернатов, 8 – внутри учреждения.

Заключение. Доля инвалидов, которым оказывается услуга сопровождаемого проживания в Вологодской области, по сравнению с общей численностью проживающих в ПНИ граждан – потенциальных получателей этой услуги – очень мала. При всей эффективности оказания услуги сопровождаемого проживания сложность развития такой стационаролазмещающей технологии в регионе, на наш взгляд, заключается в следующем:

- недостаточная база нормативно-правовых и методических документов, касающихся организации и развития технологии сопровождаемого проживания;

- ограниченное использование специалистами психоневрологических интернатов заключения о возможности (невозможности) осуществлять самообслуживание и вести самостоятельный образ жизни, указанного в ИПРА, в целях отбора инвалидов для сопровождаемого проживания;

- нехватка кадров в ПНИ, участвующих в оказании услуги сопровождаемого проживания (специалисты по реабилитационной работе, специалисты по социальной работе, психологи, инструкторы по труду, юрисконсульты, медицинский персонал).

УДК 614.2

Захарова М.В., Карасаева Л.А., Макарова Н.В.,
Морозова И.В., Мясников И.Р., Романенко Т.М.

РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В ЦЕНТРЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт
усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России,
СПбГУ «Центр социальной реабилитации инвалидов
и детей-инвалидов Красногвардейского района,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация. Реабилитация и абилитация инвалидов и детей-инвалидов – важное и актуальное направление государственной социальной политики нашей страны. Современное реформирование правовой базы в области реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов определяет новые организационные и методические подходы, связанные с комплексным мультидисциплинарным подходом, межведомственным взаимодействием и построением для инвалидов индивидуально-ориентированного персонифицированного реабилитационного маршрута.

В статье представлены структурные компоненты Центра социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов, инновационные методики, используемые специалистами мультидисциплинарной бригады в процессе реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов.

Ключевые слова: дети-инвалиды, реабилитация и абилитация, принципы, организация, инвалиды, методики.

Zakharova M.V., Karasayeva L.A., Makarova N.V., Morozova I.V., Myasnikov I.R., Romanenko T.M.

REHABILITATION AND HABILITATION OF DISABLED PERSONS AND DISABLED CHILDREN AT THE CENTRE FOR SOCIAL REHABILITATION IN SAINT PETERSBURG

*Saint Petersburg Institute for Development of Expert Physicians, Ministry of Labour of Russia,
Centre for Social Rehabilitation of Disabled Persons and Disabled Children,
Saint Petersburg, Russia*

Abstract. Rehabilitation and habilitation of disabled persons and disabled children is an important and topical direction of social policy in our country. The modern reforming of the legal base in the rehabilitation and habilitation of disabled persons and disabled children determines new organizational and methodical approaches associated with the comprehensive multidisciplinary approach, the interdepartmental interaction and the building of an individual-oriented personified rehabilitation route for disabled persons. This article presents the structural components of the Centre for Social Rehabilitation of Disabled Persons and Disabled Children and the innovative methods used by the members of the multidisciplinary team during the rehabilitation and habilitation of disabled persons and disabled children.

Keywords: disabled children, rehabilitation and habilitation, principles, organization, disabled persons, methods.

Aктуальность. С учетом положений «Конвенции о правах инвалидов» и «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья», необходимо формирование обновленной системы комплексной реабили-

тации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов с соблюдением принципов доступности, своевременности и качества предоставления реабилитационных услуг [1, 2].

Известно, что корни функциональной дезадаптивности и, возникающей после установления инвалидности, социальной депривации проистекают из психоэмоциального уровня (слоя) интегративной психической деятельности человека. Известны многие примеры, когда инвалиды, имеющие выраженные нарушения функций организма, в том числе, передвигающиеся на кресло-коляске, прекрасно интегрированы в трудовую и социальную деятельность общества. Поэтому при формировании программ комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов диапазон мероприятий должен быть направлен не только на личность инвалида или ребенка-инвалида, но и охватывать более широкий круг микросоциума. Однако, на приоритетные позиции должна выдвигаться индивидуальная работа с психологом, психотерапевтом, педагогом-психологом. Помимо мероприятий медицинской, социальной, психологической, социокультурной реабилитации важно включать мероприятия трудовой / профессиональной реабилитации.

Цель. Изучить организационные направления реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в Центре социальной реабилитации г. Санкт-Петербурга.

Материал и методы. Использованы данные отчетов, реабилитационные карты инвалидов и детей-инвалидов.

Результаты. Главным принципом реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов является формирование мультидисциплинарного подхода при реализации индивидуальных реабилитационных маршрутов с оптимальным использованием разнообразных ТСР. Построение реабилитационного маршрута основывается на выявлении и удовлетворении потребностей инвалидов и детей-инвалидов в восстановительно-реабилитационных мероприятиях.

Распоряжением Правительства Российской Федерации утверждена концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов [3]. Согласно концепции развития системы социальной защиты населения в г. Санкт-Петербурге [4]

стали активно развиваться и внедряться инновационные подходы в реализации социально-реабилитационных мероприятий инвалидов и детей-инвалидов. Они направлены на а) социальную поддержку инвалидов, семей с детьми-инвалидами, б) привлечение к проведению социально-реабилитационных мероприятий общественных организаций, волонтеров, в) создание доступности для инвалидов и детей-инвалидов к объектам социальной реабилитации и инфраструктуры, г) увеличение уровня комфортности в жизнедеятельности инвалидов и детей-инвалидов в условиях обеспечения ИПРА.

В Центр социальной реабилитации принимаются инвалиды и дети-инвалиды с различными нарушениями сенсорных функций (зрительных, слуховых, с одновременным нарушением функций зрения и слуха); психических функций; опорно-двигательного аппарата; инвалиды и дети-инвалиды, имеющие множественные сочетанные нарушения статодинамических, сенсорных и психических функций.

На этапе реабилитационно-диагностической работы формируются заключения специалистов Реабилитационного Совета для инвалидов и детей-инвалидов, страдающих представленными выше патологиями. Специалистами оцениваются степени нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности, разрабатываются реабилитационно-восстановительные мероприятия с последующей оценкой результатов реабилитации или абилитации.

В Центре социальной реабилитации проводится целенаправленная реабилитация в соответствие с целевыми реабилитационными группами, согласно недавно принятой концепции комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

В Центре организовано 13 социально-реабилитационных отделений, в которых работает 130 сотрудников.

Мероприятия с детьми-инвалидами и семьями, проводятся в отделении раннего вмешательства. В данное отделение дети поступают с раннего возраста (0-3 лет) и проходят курсы реабилитации вместе с мамой или папой. Родители учатся правильно взаимодействовать со своим ребенком, налаживать с ними эмоциональный контакт. Специалисты отделения применяют в своей работе Денверскую модель, рекомендованную Санкт-Петербургским Институтом Раннего Вмешательства.



В социально-реабилитационном отделении оказывается помощь психолого-педагогического, медико-социального и правового характера. В данном отделении специалисты применяют следующие информационно-коммуникативные технологии: логоритмика; японская методика пальцевого массажа «Суджок терапия»; рече-двигательный тренинг (система физиологически обусловленных двигательных упражнений, связанных с произношением, в выполнении которых участвуют общая и мелкая моторика).

В отделении адаптивной физической культуры на индивидуальных занятиях проводятся комплексные восстановительные занятия с инвалидами и детьми-инвалидами, страдающими заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Используется специальное оборудование: медицинские тренажеры HUR, тренажер для восстановления мышечных способностей с применением метода биологической обратной связи, ходунки для детей с детским церебральным параличом Мега-Оптим НМР-КА 4200 М. Отделение работает по специальным программам, разработанным в Национальном государственном университете физической культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта, г. Санкт-Петербурга.

В отделении профессиональной ориентации специалисты решают проблемы, связанные с отсутствием у инвалидов занятости и работы, а также работают с детьми-инвалидами подросткового возраста. Отделение сотруд-

ничает с АНО ДПО Учебный центр «Педагогический альянс». Применяются специально разработанные реабилитационные программы с использованием разных форм и методов реабилитации. При абилитации детей используются арт-терапия, трудотерапия, проводится профессиональная ориентация или работа по программе М. Монтессори. Инвалиды и родители детей-инвалидов проходят обучение и переобучение по специальностям: учитель логопед, кладовщик, бухгалтер, тренер по йоге, флорист, специалист по кадрам и др.

С целью оценки ожидаемых результатов реабилитации и абилитации в Центре проводится мониторинг потребностей инвалидов, семей, воспитывающих детей-инвалидов и детей-инвалидов в предоставлении услуг в сфере здравоохранения, социальной защиты, образования и занятости.

Заключение. Центр является многопрофильным учреждением, работающим по медицинским, социальным, психологическим, профессиональным направлениям. Каждое направление состоит из набора мер, которые направлены на компенсирование и восстановление социальных навыков и приобретение профессиональных навыков с целью наиболее полноценной социальной интеграции инвалидов и детей-инвалидов в современное общество.

Список литературы.

1. Конвенция о правах инвалидов [Электронный ресурс]. – Генеральная Ассамблея ООН. – URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml.
- 2.Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья [Электронный ресурс]. – Женева: ВОЗ 2001. – URL: <http://who-fic.ru/icf/>.
3. Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 г.: распоряжение Правительства Российской Федерации от 18.12.2021 г. № 3711-р [Электронный ресурс]. – Гарант. – URL: <https://base.garant.ru/403312204/>.
4. О концепции развития системы социальной защиты населения Санкт-Петербурга на 2006-2010 гг.: постановление Правительства Санкт-Петербурга от 16.05.2006 г. № 559 [Электронный ресурс]. – Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&prevDoc=131102692&backlink=1&&nd=131030225>.



ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ РАЗНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С УТРАТОЙ КОНЕЧНОСТИ

*ООО «Медицинский клинический центр «Гранд Медика»,
г. Новокузнецк, Россия*

Аннотация. Обозначены основные концептуальные проблемы преемственности различных направлений реабилитации инвалидов вследствие ампутации конечности, требующие решения для повышения эффективности мероприятий по реабилитации инвалидов: замкнутость профессиональных сообществ – хирургов, ортопедов-протезистов, реабилитологов; недостаточное освещение вопросов ампутационной хирургии в программах высшего учебного и постдипломного образования; разобщение организационных и финансовых механизмов, регулирующих реализацию отдельных направлений реабилитации инвалидов.

Ключевые слова: утрата нижней конечности, инвалид, реабилитация, преемственность.

Zoloyev G.K.

PROBLEMATIC ISSUES OF THE CONTINUITY OF DIFFERENT TYPES OF REHABILITATION FOR DISABLED PEOPLE WITH LIMB LOSS

*Medical Clinical Centre «Grand Medica,
Novokuznetsk, Russia*

Abstract. The main conceptual problems of the continuity of different areas of rehabilitation of persons with disabilities due to amputation of a limb that need to be solved in order to increase the effectiveness of rehabilitation of persons with disabilities are outlined: the disenfranchisement of professional communities - surgeons, orthopedists, prosthetists, rehabilitation specialists; insufficient coverage of amputation surgery in higher education and postgraduate education programs; disconnection of organizational and financial mechanisms governing the implementation of individual areas of rehabilitation.

Keywords: lower limb loss, disabled person, rehabilitation, continuity.

Введение. Преемственность различных разделов медицинской, профессиональной, социальной реабилитации инвалидов имеет важное значение в достижении конечного результата, направленного «на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество». Эта проблема продолжает оставаться предметом дискуссий в профессиональном сообществе, однако, несмотря на определенные успехи последних лет, она далека от разрешения. Как правило,

пути взаимодействия между отдельными направлениями реабилитации инвалидов сводятся к формированию неких алгоритмов, схем маршрутизации. Такой механистичный подход, чаще всего, оказывается малоэффективным. Примером этому служит существующая многие годы система экстренных извещений о выполненной ампутации конечности, которая так и не позволила достичь какого-либо значимого результата. Ситуация в части взаимосвязи других разделов реабилитации выглядит еще более удручающее.

Вместе с тем даже поверхностный анализ раскрывает глубинные, концептуальные ас-

пекты проблемы. Некоторые из них мы рассмотрели в данном сообщении.

Материал и методы. Проанализированы данные научных публикаций и собственные результаты работы с пациентами с критической ишемией нижних конечностей.

Результаты. Замкнутость профессиональных сообществ – хирургов, ортопедов-протезистов, реабилитологов. Крайне редко проводятся совместные научные конференции, симпозиумы, семинары и другие подобные мероприятия и те, как правило, – по инициативе научно-практических центров реабилитации инвалидов. В остальном – это лишь единичные случаи. В качестве положительного опыта следует отметить ряд проведенных по инициативе директора НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, руководителя отдела ран и раневых инфекций института хирургии им. А.В. Вишневского В.А. Митиша конференций по вопросам ампутации конечности, к работе в которых привлекались специалисты по протезированию и реабилитации; итогом этой работы стала подготовка и публикация национальных рекомендаций «Высокие ампутации нижних конечностей при гангрене. Российский консенсус». Прошедшая в мае 2022 г. XXXVII Международная конференция «Горизонты современной ангиологии, сосудистой хирургии и флебологии с расширенной секцией «Реабилитация сосудистых больных после хирургических вмешательств» подтвердила отсутствие даже в среде медицинского сообщества общего понимания врачами разных специальностей смежных направлений, по сути, единого процесса – лечения и реабилитации пациентов с сосудистой патологией. Однако сам факт проведения мероприятия в таком формате, как и намерение организаторов продолжить этот опыт в дальнейшем, имеет важное значение в решении данной проблемы.

Проблемы высшего учебного и постдипломного образования. Вопросы ампутационной хирургии крайне поверхностно, а протезирования и реабилитации инвалидов вообще не представлены в программах обучения врачей. Как следствие – крайне низкий уровень подготовки врачей в части хирургических вопросов ампутации конечности и практически полное отсутствие знаний в области различных направлений реабилитации инвалидов.

Разобщение организационных и финансовых механизмов, регулирующих реализацию отдельных направлений реабилитации инвалидов. Фактически отсутствует эффективное взаимодействие между хирургами и ортопедами-протезистами, а в еще большей степени – со специалистами разных направлений социальной реабилитации. В качестве примера можно отметить тот факт, что такой аспект, как назначение и обучение пользованию креслом-коляской вообще отсутствует в парадигме деятельности хирурга в части ампутации конечности, в то время как понимание этих вопросов, напротив, может оказывать существенное влияние на выбор оптимальной тактики хирургического лечения больных с критической ишемией конечности.

В части финансовых механизмов следует отметить, что сложившаяся система, предполагающая наличие разных плательщиков (ведомств, государственных внебюджетных фондов) услуг по отдельным направлениям реабилитации инвалидов, уже сама по себе препятствует преемственности и достижению оптимального конечного результата. Так, в среднем, при прочих равных условиях, стоимость протеза бедра, предъявляемая к оплате, больше стоимости протеза голени. Частота различных пороков, дефектов культи голени выше, чем культи бедра, соответственно, больше и сложностей в работе с таким пациентом. Вполне очевидна мотивация любого производителя при изготовлении более дорогого и менее «хлопотного» изделия. Все хирургические вопросы, включая более высокие показатели послеоперационной летальности, смертности в отдаленном периоде, остаются вне поля зрения работников протезно-ортопедической организации. Еще сложнее ситуация в отношении организационно-финансовых механизмов хирургического этапа. Стоимость лечения за конченного клинического случая, предъявленного для оплаты в рамках обязательного медицинского страхования, зависит от соответствия оказанных медицинских услуг тому или иному коду клинико-статистической группы болезней (КСГ). Ампутация голени, бедра, также как экзартикуляция пальца кисти, стопы отнесены к одному и тому же коду КСГ st 29.011 по профилю «Травматология и ортопедия». При этом в Российской Федерации около 80 % всех ампутаций конечности выполняется по поводу облитерирующих заболеваний артерий и (или)

осложнений сахарного диабета. По данным клиники ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России, средний послеоперационный койко-день (1003 ампутации в период 1998-2019 гг.) составил 36,8 дней, многие больные нуждаются в пребывании в отделении реанимации. Тем не менее финансовое обеспечение случая ампутации при гангрене конечности полностью соответствует таковому для случая экзартикуляции пальца кисти (независимо от нозологии). Более того, тариф по КСГ ст 29.011 в 1,5 раза ниже, чем тариф случая хирургического лечения неосложненной варикозной болезни. Вполне очевидно, что такое положение вещей не нацеливает врача на решение задач последующей реабилитации. Хирург мотивирован на то, чтобы любыми способами снизить риск послеоперационных осложнений и сократить длительность пребывания пациента в стацио-

наре. Такая тактика порочна, она является источником ошибок, дефектов оказания помощи и, как правило, необоснованного завышения уровня усечения конечности.

Мы рассмотрели лишь отдельные аспекты большой проблемы, требующей решения для повышения эффективности мероприятий по реабилитации инвалидов.

Заключение. Основными концептуальными проблемами преемственности различных направлений реабилитации инвалидов вследствие ампутации конечности являются: замкнутость профессиональных сообществ – хирургов, ортопедов-протезистов, реабилитологов; недостаточное освещение вопросов ампутационной хирургии в программах высшего учебного и постдипломного образования; разобщение организационных и финансовых механизмов, регулирующих реализацию отдельных направлений реабилитации инвалидов.





МЕЖДУНАРОДНЫЕ ОНЛАЙН-ПЛАТФОРМЫ В РАЗВИТИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ НАУКИ

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

Аннотация. Специалистам в области науки и образования необходимо научиться реализовывать все преимущества сегодняшнего доступа к ресурсам, позволяющим развивать реабилитационную науку посредством международной коммуникации. Для этого в соответствующих учреждениях необходимо выстроить систему, позволяющую эффективно осваивать новые методы и формы, внедрять онлайн-ресурсы в образовательный и рабочий процессы.

Ключевые слова: онлайн-платформы, реабилитация, научная коммуникация.

Karapetian K.K.

INTERNATIONAL ONLINE PLATFORMS IN THE DEVELOPMENT OF REHABILITATION SCIENCE

Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons, Ministry of Labour of the Russian Federation, Novokuznetsk, Russia

Abstract. Science and education professionals should know how to enjoy the benefits of the open-access resources that are useful for the advancement of the rehabilitation sciences via international communication. The related institutions need to develop a system that allows for the incorporation of new instruments and methods into educational and working processes.

Keywords: online platforms, rehabilitation, science communication.

Введение. Эффективное развитие науки может происходить лишь в международном контексте. Глобальное сотрудничество – взаимный обмен знаниями – является экономически выгодным и позволяет науке и технике развиваться ускоренными темпами. В настоящее время, несмотря на широкое развитие онлайн-технологий, в отечественной реабилитационной науке существуют пробелы в вопросах глобальной коммуникации. Данная проблема является комплексной и требует системного подхода с поэтапными решениями.

Цель. Аналитический обзор онлайн-ресурсов открытого доступа.

Материал и методы. Проанализирован ряд международных онлайн-платформ, предоставляющих открытый доступ к материалам и инструментам в области реабилитационной науки.

Результаты. В настоящее время существует ряд авторитетных источников полностью открытого доступа. Одним из наиболее известных и охватывающих широкий спектр областей наук является рецензируемое издательство Frontiers Media SA. Frontiers занимает 3 место среди самых цитируемых издательств, 6 место – среди самых крупных издательств, а количество просмотров и скачиваний достигает отметки 1,9 млрд.

Примером более узконаправленного источника является платформа международного сообщества специалистов по креслам-коляскам – International Society of Wheelchair Professionals (ISWP). На веб-сайте ISWP доступна библиотека, которая включает в себя множество типов ресурсов: тесты, публикации, учебно-тренировочные программы и др.



Вывод. Научно-технические международные порталы общего доступа открывают широкие возможности для научной коммуникации и развития отечественной реабилитации. Необходимо поставить цель – выстроить сис-

тему, позволяющую эффективно осваивать новые методы и формы, внедрить онлайн-ресурсы в образовательный и рабочий процессы – и сделать эту цель приоритетной.



УДК 614.29:303.832

Карапетян К.К.

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ НАУКА: СОВРЕМЕННЫЙ ЭТАП И ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ

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

Аннотация. Реабилитация является одной из пяти стратегий здравоохранения, признанных Всемирной организацией здравоохранения. Общемировая тенденция роста нуждаемости в реабилитационных услугах привела к динамичному развитию концепции реабилитационной науки, что отражается в образовательной, научной и практической деятельности.

Ключевые слова: реабилитация, доказательная наука, инструменты реабилитации.

Karapetian K.K.

CURRENT STATE AND TRENDS IN ADVANCEMENTS IN REHABILITATION SCIENCE

Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons, Ministry of Labour of the Russian Federation, Novokuznetsk, Russia

Abstract. Rehabilitation is one of the five health strategies recognized by the World Health Organization. The growing need in the rehabilitation services has led to the development of the concept of rehabilitation science which is reflected in both education, science, and practice.

Keywords: rehabilitation, evidence-based science, rehabilitation tools.

Введение. Увеличение продолжительности жизни и рост распространённости инвалидизирующих заболеваний ведут к тому, что реабилитация занимает всё более значимое место в вопросах общественного здоровья. Реабилитация стала одной из ключевых стратегий здравоохранения 21 века, а развитие концепции реабилитационной науки как междисциплинарной сферы отражает-

ется как в теоретических, так и в практических областях.

Цель. Анализ современного этапа и тенденций развития концепции реабилитационных наук в России и за рубежом.

Материал и методы. Проанализированы образовательные программы бакалавриата и магистратуры по направлению Rehabilitation Science в зарубежных высших учебных заве-



дениях. Проведён анализ понятия «реабилитационная наука» (англ. «rehabilitation science») в русскоязычной и англоязычной литературе в онлайн библиотеках и базах данных.

Результаты. В настоящее время в высших учебных заведениях развитых стран существуют национально признанные программы бакалавриата, магистратуры и докторанттуры по направлению «Реабилитационная наука». Подготовка специалистов по данному направлению подразумевает формирование широкого спектра компетенций, например, «понимание реабилитационной науки и социальных конструктов инвалидности, умение применять данные знания в целях научной и образовательной деятельности, оказания услуг, развития политики; понимание исследовательских методов; умение разрабатывать и внедрять инновационные исследования, относящиеся к реабилитационной науке» и др. Также основой таких программ является список рекомендованной литературы, прочтение которой нацелено на формирование навыков интерпретации иссле-

довательских статей. Куррикулум фокусируется на четырёх основных аспектах:

- 1) исследования и доказательные практики в реабилитации;
- 2) пациенто-ориентированный подход;
- 3) профессиональное взаимодействие и командная работа;
- 4) ведение критических случаев и доступность услуг здравоохранения и социального обеспечения.

Выводы. Реабилитационная наука относится к функционированию человека, связанному со здоровьем, болезнью и инвалидностью, и рассматривается исключительно в широком спектре – в рамках социальной, экономико-политической, физической и здоровье сохраняющей окружающей среды. Тенденции развития реабилитационной науки в мире сфокусированы на подготовке специалистов по образовательным программам, специально разработанным для формирования как теоретических, так и практических навыков.



МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

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

Аннотация. Для продвижения всестороннего и научно-обоснованного ухода в реабилитации, локальные службы, национальные ведомства и международные организации стремятся к стандартизации модели реабилитационных услуг.

Ключевые слова: национальная система здравоохранения, реабилитационная модель, комплексная реабилитация.

Karapetian K.K.

INTERNATIONAL EXPERIENCE IN FORMING A SYSTEM OF COMPREHENSIVE REHABILITATION

Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons, Ministry of Labour of the Russian Federation, Novokuznetsk, Russia

Abstract. Local and national services and international organizations aim to standardize a model of rehabilitation services in order to promote the comprehensive and evidence-based care in rehabilitation.

Keywords: national healthcare system, rehabilitation model, comprehensive rehabilitation.

Введение. Установление стандартов реабилитационных услуг является одной из ключевых целей в рамках формирования инклюзивной системы здравоохранения.

Цель. Обзор ключевых аспектов национальных систем здравоохранения относительно комплексной реабилитации в развитых и развивающихся странах.

Материал и методы. Были изучены регламентирующие документы, национальные стандарты и специальные руководства по вопросам комплексной реабилитации людей с ограниченными возможностями.

Результаты. Изучены особенности реабилитационных моделей, планов и стандартов Великобритании, Канады и Германии. Так, модель разработки стандартов реабилитационного лечения, предложенная немецкими исследователями, состоит из 5 стадий:

- 1) систематический обзор литературы;
- 2) первичное определение терапевтических моделей;

- 3) опрос пациентов различных фокус групп;
- 4) письменный экспертный опрос членов медицинских профессиональных ассоциаций и других вовлечённых специалистов;
- 5) внедрение и оценка pilotной версии стандартов.

Также в рамках данной статьи были предложены научно-обоснованные модули реабилитационного лечения детей с бронхиальной астмой, ожирением и атопическим дерматитом, включающие 16 разделов.

Канадские специалисты объединили вопросы оценки, разработки и внедрения плана реабилитационных услуг и трудовой поддержки и составили документ, включающий 15 основных разделов:

- 1) общие положения;
- 2) проблемы со здоровьем, ведущие к необходимости в реабилитационных услугах;
- 3) оценка реабилитационных нужд и нуждаемости в поддержке в трудоустройстве;
- 4) разработка реабилитационных или про-



фессиональных целей;

5) определение реабилитационных услуг и поддержки в трудоустройстве;

6) реабилитационные услуги и поддержка в трудоустройстве;

7) авторизация реабилитационных услуг;

8) порядок расчётов;

9) оценка плана;

10) продолжительность плана;

11) участие в реабилитационном плане или в плане по поддержке в трудоустройстве;

12) завершение реабилитационного плана или плана по поддержке в трудоустройстве;

13) предоставление реабилитации участникам, живущим за рубежом;

14) приостановка услуг;

15) отмена реабилитационного плана или плана по поддержке в трудоустройстве.

Модель реабилитационных услуг Великобритании состоит из 6 основных фаз.

Фаза 1 – острая комплексная специализированная реабилитация, финансируется национальной службой Англии;

Фаза 2 – реабилитация со специалистом, обычно финансируется либо национальной, либо локальной службой;

Фаза 3 – реабилитация со специалистом, обычно финансируется локальной службой;

Фаза 4 – реабилитация с не-специалистом, но с обученным персоналом, финансируется либо локальными службами, либо частными фондами;

Фазы 5 (структурированная поддержка соратников) и 6 (общественные активы), могут финансироваться частными, волонтёрскими или благотворительными фондами.

Заключение. Изучение опыта формирования и развития реабилитационных услуг в развитых странах и детальный анализ приведённых регламентирующих документов, планов и стандартов реабилитационной модели, могут служить примером на этапе формирования всесторонней модели реабилитации в рамках национальной системы здравоохранения в России. Дальнейший этап – непосредственная реализация принятых стандартов и их инкорпорирование в практическую деятельность – остаётся специфическим для каждой страны и требует межведомственного взаимодействия на национальном и региональном уровнях.



ИННОВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация. Современная парадигма соблюдения прав и свобод граждан и происходящие перемены в социальной жизни российского общества обуславливают инновационное развитие медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов в направлении доступности, своевременности и индивидуализации предоставляемых медико-экспертных и реабилитационных услуг. В данной статье анонсированы нормативные правовые акты, принятые в последние годы и характеризующие современные инновационные подходы в контексте реализации биопсихосоциальной модели инвалидности и реабилитации.

Ключевые слова: инновационные подходы, приказы Минтруда России, медико-социальная экспертиза, система реабилитации.

Karasaeva L.A.

INNOVATIVE ASPECTS OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE AND REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE

*Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical Experts,
Ministry of Labour of the Russian Federation,
St. Petersburg, Russia*

Abstract. The modern paradigm of observing the rights and freedoms of citizens and the ongoing changes in the social life of Russian society determine the innovative development of medical and social expertise and rehabilitation of disabled people in the direction of accessibility, timeliness and individualization of the provided medical-expert and rehabilitation services. This article announces normative legal acts adopted in recent years that characterize modern innovative approaches in the context of implementing the biopsychosocial model of disability and rehabilitation.

Keywords: innovative approaches, Orders of the Ministry of the Labour of Russia, medical and social expertise, rehabilitation system.

Введение. В последние два года произошли масштабные изменения в правовой базе, регулирующей нормы организации и деятельности медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов. С начала 2021 г. деятельность федеральных учреждений МСЭ уточнена положениями нового приказа Минтруда России от 30.12.2020 г. № 979н «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных учреждений МСЭ» [8], в котором был обновлен порядок работы федеральных учреждений МСЭ

с расширением их функций.

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

В приказе Минтруда России № 979н, в частности, уточнен максимальный срок проведения МСЭ – (30 рабочих дней), приведены перечни требуемых документов и урегулированы вопросы получения необходимой информации, в том числе – выполнения процедур в электронном виде через личный кабинет граждан на портале «Госуслуги».

Вслед за приказом № 979н вышел в свет приказ Минтруда России от 04.03.2021 г. № 104н «Об утверждении Порядка осуществления контроля Федеральным бюро МСЭ за решениями, принятыми главными бюро МСЭ, главными бюро МСЭ за решениями, принятыми бюро МСЭ в городах и районах» [9], который утвердил новый порядок контроля над деятельностью специалистов бюро МСЭ.

В том же 2021 г. приказами Минтруда России и Минздрава России от 10.06.2021 г. № 402н/631н «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения МСЭ» был введен доработанный перечень медицинских обследований граждан перед направлением на МСЭ [6].

Правила признания гражданина инвалидом, утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 20.02.2006 г. № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом», с 01.07.2022 г. заменены новым постановлением Правительства Российской Федерации от 05.04.2022 г. № 588 «О признании лица инвалидом» [3], которое заменило действующий до 1 июля 2022 г. упрощенный порядок проведения МСЭ, введенный из-за пандемии коронавируса. В постановлении Правительства Российской Федерации № 588 инновационным шагом в системе МСЭ стало то, что граждане теперь смогут самостоятельно выбирать формат прохождения МСЭ – очный (при личном присутствии) или заочный, при котором все необходимые документы поступают из медицинских организаций в бюро МСЭ через систему межведомственного электронного взаимодействия. Однако в ряде случаев личное присутствие человека будет обязательным, в частности:

- а) при несоответствии между данными методов исследования и объективным статусом гражданина, обуславливающее необходимость обследования с помощью специального диагностического оборудования;
- б) проживание пациента в интернате;
- в) необходимость коррекции индивидуальной программы реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалида (ребенка-инвалида).

С 1 января 2022 г. «Направление» на МСЭ медицинские организации составляют в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицирован-

ной электронной подписи председателя и членов врачебной комиссии. Приказами Минтруда России и Минздрава России от 01.02.2021 г. № 27н/36н утверждена новая форма направления на МСЭ [12]. Уточнено, что своевременное направление документов гражданина на МСЭ экспертизу и правильность выбора цели направления в учреждение МСЭ обеспечивает медицинская организация. Следовательно, ответственность при электронном взаимодействии и заочном освидетельствовании полностью возлагается на председателя и членов врачебной комиссии медицинских организаций.

Кроме того, приказом Минздрава России от 02.02.2021 г. № 39н «Об утверждении формы согласия гражданина на направление на МСЭ» (порядок ее заполнения) утверждена форма согласия гражданина на направление на МСЭ [13]. А в порядке развития цифровых технологий во МСЭ и здравоохранении разработан «Дашборд» для мониторинга информационного взаимодействия медицинских организаций и учреждений МСЭ. Переход медицинских организаций и федеральных учреждений МСЭ на информационное взаимодействие осуществляется посредством обмена электронными документами, подписанными усиленной квалифицированной электронной подписью, требования к которой определены Федеральным законом от 06.04.2011 г. № 63-ФЗ «Об электронной подписи» [14].

Инновационным аспектом организации и деятельности в системе МСЭ является и то, что с 1 июня 2023 г. появится возможность проведения МСЭ в дистанционном формате. Данной формой организации МСЭ воспользоваться могут граждане, не согласные с решением бюро МСЭ, и намеренные обжаловать его в Главном бюро МСЭ. В данном случае гражданину будет предоставлена техническая возможность общаться со специалистами главного или федерального бюро МСЭ и прохождения повторной экспертизы.

Грядущей инновацией явится и то, что с 1 января 2024 г. заочная экспертиза будет проводиться без доступа сотрудников МСЭ к персональным данным гражданина, т. е. по обезличенным документам. Направления на проведение МСЭ будут распределяться с помощью информационной системы между бюро всех регионов, независимо от места жительства самого гражданина. Персональные

данные гражданина будут отражены в финальном документе – справке об инвалидности с указанием группы и ИПРА. Само решение будет направляться гражданину в личный кабинет на портале «Госуслуг» или по почте. При этом, если гражданин не согласен с решением специалистов МСЭ, он сможет его обжаловать в бюро МСЭ по месту жительства, где будет проводиться очная экспертиза.

Современные критерии для установления инвалидности гражданам регламентируются приказом Минтруда России от 27.08.2019 г. № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико - социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями МСЭ» [2]. При этом оценка нарушенных функций организма проводится специалистами бюро МСЭ (главного бюро, Федерального бюро) в соответствии с Приложением к данному приказу «Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами (в процентах, применительно к клинико-функциональной характеристике стойких нарушений функций организма человека)». Детальная клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма человека и количественная оценка их степени выраженной в процентах изложена в Приложении по классам, блокам и наименованиям болезней, травм или дефектов (их последствий) согласно МКБ-10.

Как инновационный аспект в развитии МСЭ можно считать и приказ Минтруда России от 28.11.2019 г. № 742н «Об утверждении порядка установления причин инвалидности», который регламентирует определение причин инвалидности, в частности для определенных категорий инвалидов и с учетом особых условий [11]. Однако следует также отметить, что в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 06.05.2020 г. № 313 «О предоставлении дополнительных страховых гарантий отдельным категориям медицинских работников», в пункт 23 приказа Минтруда № 742н внесена дополнительная запись об установлении «врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу медицинских организаций, водителям автомобилей скорой медицинской помощи, непосредственно работающим с пациентами, у которых подтвержде-

но наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), и пациентами с подозрением на эту инфекцию», стойкой утраты трудоспособности (инвалидности) «в результате развития осложнений после перенесенного заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)», если заболевание возникло при исполнении ими трудовых обязанностей [4]. Безусловно, заболевание, вызванное новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), должно быть подтверждено лабораторными методами исследования (а при отсутствии возможности проведения лабораторных исследований – решением врачебной комиссии, принятым на основании результатов компьютерной томографии легких).

Небезызвестно, что гражданам, признанным инвалидами, в обязательном порядке определяется потребность в мерах реабилитации и разрабатывается ИПРА инвалида (ребенка-инвалида). ИПРА должна содержать не только комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, виды, формы и объемы реабилитационных мер, но и в ней четко должны быть установлены сроки и порядок реализации реабилитационных мероприятий. Следует напомнить, что приказ Минтруда России от 13.06.2017 г. № 486н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями МСЭ, и их форм» [10] был обновлен 15 декабря 2020 г., и подкорректирован порядок разработки и реализации ИПРА. Подчеркнуто, что период проведения реабилитационного или абилитационного мероприятия не должен превышать срока действия программы, перечислены случаи составления новой программы без оформления нового направления на МСЭ. Обновление коснулось дополнений в виде реабилитационного (абилитационного) потенциала и прогноза, основной профессии (специальности), стажа работы и квалификации инвалида (его законного представителя).

Важным средством реабилитации, направленным на восстановление или компенсацию способности инвалида к выполнению определенных видов деятельности, являются технические средства реабилитации (ТСР), которые с учетом заключения специалистов медицинской

организации рекомендуются в ИПРА инвалида. ТСР для каждого конкретного инвалида (ребенка-инвалида) подбирают, исходя из индивидуальных антропометрических параметров, а также особенностей патологии, вызвавшей нарушения функций. Индивидуально-ориентированный принцип при подборе ТСР обеспечивается положениями приказа Минтруда России от 05.03.2021 г. № 106н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации» [7].

Внедрение в МСЭ и реабилитацию МКФ на современном этапе требует разработки методических подходов по оценке барьеров как результата взаимодействия показателей жизнедеятельности инвалида и факторов окружающей среды. Согласно МКФ, технические средства реабилитации можно и нужно относить к категории фасилитаторов, которые являются факторами в окружающей человека среде и, благодаря своему присутствию или отсутствию, улучшают функционирование и снижают тяжесть инвалидности [1].

Отдельный интерес представляет инновационный законодательный документ – Федеральный закон от 30 декабря 2020 г. № 491-ФЗ «О приобретении отдельных видов товаров, работ, услуг с использованием электронного сертификата» [15], который определяет правовые и организационные основы применения электронного сертификата, регулирует порядок его формирования и изменения, порядок приобретения и оплаты отдельных видов товаров, работ, услуг с использованием электронного сертификата. В этом документе определены категории граждан, которые могут пользоваться сертификатами. Среди таких граждан – инвалиды, дети-инвалиды, участники Великой Отечественной войны. С 2023 г. по электронному сертификату могут приобретаться лекарства, средства реабилитации, а также товары, работы и услуги в рамках соцобеспечения.

Инновации коснулись и системы реабилитации инвалидов, так, в контексте поступательного развития реабилитации центральным звеном можно считать разработанную «Концепцию развития в Российской Федерации сис-

темы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 г.», утвержденную распоряжением Правительства Российской Федерации от 18.12.2021 г. № 3711-р [16]. В Концепции подчеркнуто, что система комплексной реабилитации и абилитации представляет собой совокупность мер по обеспечению граждан научно обоснованными, доступными, эффективными и безопасными реабилитационными и абилитационными услугами и техническими средствами реабилитации в сочетании с мерами, направленными на их социальную адаптацию и интеграцию. В ближайшее время будут внесены изменения в 6 Федеральных законов: «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ; «Основы законодательства Российской Федерации о культуре» от 09.10.1992 г. № 3612-1; «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» от 04.12.2007 г. № 329-ФЗ; «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» от 06.10.1999 г. № 184-ФЗ; «О техническом регулировании» от 27.12.2002 г. № 184-ФЗ; «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ.

Безусловно, кардинальные инновационные изменения коснутся Федерального закона: «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [5], согласно дополнениям, в широко обсуждаемом специалистами и общественностью, Проекте Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов».

Заключение. Таким образом, отмеченные современные инновационные тенденции в МСЭ и реабилитации инвалидов, обеспечивающие ее поступательное развитие, обеспечены отечественными нормативными правовыми актами: Федеральными законами Российской Федерации, Указами Президента Российской Федерации, постановлениями Правительства Российской Федерации, приказами Минтруда России и Минздрава России.

Список литературы.

1. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (полная версия). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2001. Перевод под ред. Г.Д. Шостка, М.В. Коробова, А.В. Шаброва. Санкт-Петербург: СПбИУВЭК, 2003, 342 с.



2. О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы. Приказ Минтруда России от 27.08.2019 г. № 585н (ред. от 19.01.2021 г.). Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».

3. О порядке и условиях признания лица инвалидом. Постановление Правительства Российской Федерации от 05.04.2022 г. № 588. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».

4. О предоставлении дополнительных страховых гарантий отдельным категориям медицинских работников. Указ Президента Российской Федерации от 06.05.2020 г. № 313. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».

5. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации. Федеральный закон от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».

6. Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы. Приказ Минтруда России № 402н, Минздрава России № 631н от 10.06.2021 г. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».

7. Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации. Приказ Минтруда России от 05.03.2021 г. № 106н. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».

8. Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных учреждений медико-социальной экспертизы. Приказ Минтруда России от 30.12.2020 г. № 979н. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».

9. «Об утверждении Порядка осуществления контроля Федеральным бюро медико-социальной экспертизы за решениями, принятыми главными бюро медико-социальной экспертизы, главными бюро медико-социальной экспертизы за решениями, принятыми бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах». Приказ Минтруда России от 04.03.2021 г. № 104н. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».

10. Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм. Приказ Минтруда России от 13.06.2017 г. № 486н. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».

11. Об утверждении Порядка установления причин инвалидности. Приказ Минтруда России от 28.11.2019 г. № 742н. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».

12. Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией и порядка ее заполнения. Приказ Минтруда России № 27н, Минздрава России № 36н от 01.02.2021 г. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».

13. Об утверждении формы согласия гражданина на направление на медико-социальную экспертизу. Приказ Минздрава России от 02.02. 2021 г. № 39н. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».

14. Об электронной подписи. Федеральный закон от 06.04.2011 г. № 63-ФЗ. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».

15. О приобретении отдельных видов товаров, работ, услуг с использованием электронного сертификата. Федеральный закон от 30.12.2020 г. № 491-ФЗ. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».

16. Об утверждении Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 г.». Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18.12.2021 г. № 3711-р. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».



ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ С УЧЕТОМ УЧАСТИЯ МЕДСЕСТЕР В МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ КОМАНДЕ

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России¹,

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России²,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация. В современных условиях специалистам, работающим в сфере реабилитации, очень важно знать и понимать принятые в мире методологические подходы построения реабилитационных программ, оценки качества и эффективности реабилитационной помощи, прогнозирования ее результатов. Всемирная организация здравоохранения рекомендует использовать Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для управления процессом медицинской реабилитации.

Ключевые слова: МКФ, реабилитация, мультидисциплинарная реабилитационная команда, медсестра.

Karasaeva L.A.¹, Goryainova M.V.¹, Myasnikov I.R., Goryainov I.V.²

APPLICATION OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH IN REHABILITATION, TAKING INTO ACCOUNT THE PARTICIPATION OF NURSES IN A MULTIDISCIPLINARY REHABILITATION TEAM

*Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical Experts,
Ministry of Labour of the Russian Federation¹,
Main Bureau of Medical and Social Evaluation of Saint-Petersburg²,
St. Petersburg, Russia*

Abstract. In modern conditions, specialists working in the field of rehabilitation need to know and understand the methodological approaches accepted in the world for building rehabilitation programs, assessing the quality and effectiveness of rehabilitation assistance, and predicting its results. The World Health Organization (WHO) recommends using the International Classification of Functioning to guide the medical rehabilitation process.

Keywords: IFC, rehabilitation, multidisciplinary rehabilitation team, nurse.

Введение. В 2001 г. Всемирной организацией здравоохранения была принята Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья МКФ [1], представляющая со-

бой многоцелевую классификацию, в которой определен стандартный язык и рамки для описания здоровья и связанных с ним состояний. МКФ позволяет производить оценку различных уровней здоровья по универсальной

«шкале» здоровья и инвалидности. Одним из главных условий эффективного использования Международной классификации функционирования в реабилитации является работа в мультидисциплинарной команде.

Материал и методы. Обзор научных и литературных источников.

Результаты. Медицинская реабилитация представляет комплекс медицинских, педагогических, психологических и иных видов мероприятий, направленных на максимально возможное восстановление или компенсацию нарушенных или полностью утраченных, в результате болезни или травмы, нормальных психических и физиологических функций (потребностей) человеческого организма, его трудоспособности. На любом этапе реабилитации составляется реабилитационный диагноз при поступлении, выписке, а также в процессе реабилитации.

Мультидисциплинарная реабилитационная команда (МДРК) – это объединение специалистов медицинских и немедицинских профессий на функциональной основе в ходе оказания помощи по профилю «медицинская реабилитация» для максимальной реализации индивидуального реабилитационного потенциала пациента посредством комплексного применения различных методов диагностики, вторичной и третичной профилактики и лечения по профилю каждого специалиста [2]. Состав МДРК формируется персонифицировано в соответствии с индивидуальным планом медицинской реабилитации пациента. Диагноз составляется МДРК и представляет собой список проблем пациента, представленный в категориях МКФ.

В индивидуальной программе реабилитации, по каждой проблеме МКФ назначается ответственный специалист из МДРК, указывается реабилитационная технология, призванная разрешить выявленную проблему. Каждый специалист МДРК отвечает за свою сферу знаний. Особую значимость в реабилитации имеет профессиональный сестринский уход, требующий специального обучения и подготовки персонала.

Роль медсестры особенно важна, поскольку именно она проводит с пациентом больше времени, чем любые другие специалисты, регулирует разные стороны его жизни и таким образом получает полное представление о лечении, следит за соблюдением этапности

реабилитационных мероприятий. Направленность действий медицинской сестры зависит от имеющихся у пациента проблем. Внедрение сестринского процесса в реабилитацию пациентов – необходимое условие осуществления профессионального ухода, поскольку позволяет улучшить качество сестринской помощи и положительно влияет на качество жизни пациента, связанное со здоровьем. Отсутствие или недостаточность квалифицированного сестринского ухода может стать фактором, ограничивающим проведение реабилитационных мероприятий.

Основная форма деятельности медсестры представляет сестринский процесс, ориентированный на потребности пациента, представляющий собой системный подход к организации и практическому выполнению врачебных назначений, оказанию сестринской помощи. Сестринские вмешательства влияют на функционирование пациентов, а МКФ описывает функционирование пациентов.

При реабилитации больных разных категорий медсестра МДРК, используя МКФ, осуществляет все этапы сестринского процесса – первичную оценку состояния пациента; интерпретацию полученных данных; планирование ухода; итоговую оценку достигнутого. В соответствии с индивидуальным маршрутом реабилитации медицинская сестра определяет цель реабилитационных вмешательств в категориях МКФ. Медицинская сестра вместе с другими специалистами МДРК выполняет оценку состояния пациента, проводит описание конкретных категорий МКФ и степени выраженности нарушений. Опираясь на поставленные цели, медицинская сестра подбирает необходимые оценочные инструменты, методики и техники вмешательства. Использование МКФ для описания целей сестринских вмешательств позволяет облегчить общение между всеми членами МДРК, способствуя целенаправленному сотрудничеству. После завершения курса реабилитации медицинская сестра проводит оценку выполнения целей вмешательств.

Заключение. Использование категорий МКФ для описания целей сестринского вмешательства позволяет медсестрам активно участвовать в процессе реабилитации, и описывая свои цели с учетом потребности и пожеланий пациентов, способствовать в оптимизации управления процессом реабилитации. Являясь



равноправным членом МДРК, медицинская сестра осуществляет проблемно-ориентированный сестринский процесс, основываясь на

уровне адаптации пациента к изменившимся возможностям в соответствии с МКФ.

Список литературы.

1. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья [Электронный ресурс]. – Женева: ВОЗ 2001. – URL: <http://who-fic.ru/icf/>.
2. Порядок организации медицинской реабилитации взрослых, приложение № 2. Положение о мультидисциплинарной реабилитационной команде: Приказ Минздрава России от 31.07.2020 г. № 788н [Электронный ресурс]. – Гарант.ру: информационно-правовой портал. – URL.: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74581688/>.



ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

*Министерство здравоохранения Республики Беларусь¹,
ГУ «Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»²,
г. Минск, Республика Беларусь*

Аннотация. В работе представлены основные документы, регламентирующие проведение медицинской реабилитации в Республике Беларусь, рассмотрено современное состояние службы медицинской реабилитации, выделены основные этапы медицинской реабилитации, представлена структура службы медицинской реабилитации.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, этапная система медицинской реабилитации, мультидисциплинарная бригада, структура коочного фонда.

Kireeva I.A.¹, Smychek V.B.², Kopytok H.V.², Lushchinskaya S.I.²

ORGANISATION OF MEDICAL REHABILITATION IN THE REPUBLIC OF BELARUS

*Ministry of Health of the Republic of Belarus¹,
Republican Scientific and Practical Centre
for Medical Evaluation and Rehabilitation²,
Minsk, Republic of Belarus*

Abstract. The paper presents the main documents regulating the conduct of medical rehabilitation in the Republic of Belarus, considers the current state of the medical rehabilitation service, highlights the main stages of medical rehabilitation, presents the structure of the medical rehabilitation service.

Keywords: medical rehabilitation, staged system staged system of medical rehabilitation, multidisciplinary team, bed structure.

Введение. Медицинская реабилитация (МР), направленная на максимальное уменьшение или полную ликвидацию последствий заболевания или травмы, является неотъемлемой частью лечебного процесса, и охватывает весь период от оказания первой медицинской помощи, до максимально возможного уровня восстановления социальных и профессиональных функций человека. В настоящее время медицинской реабилитации, и её качеству уделяется особое внимание во многих странах мира, в том числе в Республике Беларусь.

Материал и методы. Анализ нормативных правовых актов по вопросу медицинской реабилитации в Республике Беларусь.

Результаты. В соответствие с Законом Республики Беларусь от 18.06.1993 г. № 2435-ХII «О здравоохранении» медицинская реабилитация – это комплекс медицинских услуг, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных в результате заболевания функций органов или систем организма пациента.

Целью проведения МР является восстановление нормальной жизнедеятельности организма пациента и (или) компенсация его функциональных возможностей, нарушенных в результате заболевания или травмы.

Организация и проведение МР в Республике Беларусь регламентированы приказами Министерства здравоохранения Республики



Беларусь от 10.12.2014 г. № 1300 «О порядке оказания медицинской реабилитации в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, а также вне организаций здравоохранения» и от 31.01.2018 г. № 65 «О порядке организации и проведения медицинской реабилитации пациентов в возрасте до 18 лет», определяющими уровни оказания медицинской реабилитации, этапы ее проведения и порядок направления пациентов на этапы медицинской реабилитации.

Направление пациентов на МР осуществляется врачом-реабилитологом или лечащим врачом. При осуществлении МР на пациента заполняется индивидуальная программа медицинской реабилитации, абилитации пациента или план медицинской реабилитации.

Проводят МР специалисты мультидисциплинарной реабилитационной бригады, представляющей собой бригаду врачей-специалистов, специалистов со средним специальным медицинским образованием, иных специалистов, занимающихся медицинской реабилитацией пациента.

Оказание МР проводится в соответствии с утверждаемыми Министерством здравоохранения Республики Беларусь клиническими протоколами, методами, порядками оказания МР, инструктивными и методическими документами.

В Республике Беларусь создана этапная система МР, включающая пять этапов: стационарный лечебно-реабилитационный этап, стационарный этап ранней МР, амбулаторно-поликлинический этап, домашний этап МР, этап повторной стационарной МР.

МР может осуществляться на одном, нескольких или всех этапах с учетом тяжести состояния пациента и его нуждаемости в мероприятиях МР, при этом число курсов на конкретном этапе зависит от наличия медицинских показаний, реабилитационного потенциала, отсутствия медицинских противопоказаний для ее проведения.

Служба МР в стране представлена на всех уровнях (республиканском, областном, межрайонном, районном, городском) стационарными и амбулаторно-поликлиническими отделениями МР как для взрослого, так и для детского населения.

В настоящее время в республике функционирует 328 отделений МР, из них 101 стационарное отделение МР с коечной мощностью 4680 реабилитационных коек.

Медицинская реабилитационная помощь взрослому населению в стационарных условиях осуществляется в 62 отделениях медицинской реабилитации (2773 койки), детскому населению – в 39 (1907 коек).

Медицинскую реабилитационную помощь пациентам в амбулаторно-поликлинических условиях оказывают в 227 отделениях медицинской реабилитации.

В структуре коечного фонда отделений МР для взрослого населения 38,1 % составляют койки для пациентов с неврологической патологией, 26,5 % – с кардиологической и кардиохирургической патологией, 21,5 % – ортопедотравматологической патологией, 8,1 % – с онкологической патологией, 3,6 % – терапевтической патологией и 2,2 % – наркологические койки.

В стационарных отделениях МР для детского населения койки психоневрологического профиля составляют 31,6 %, пульмонологического – 18,5 %, ортопедотравматологического – 19,1 %, кардиологического – 13,4 %, неврологического – 5,8 %, офтальмологического – 3,1 % и т.д.

Заключение. Таким образом, в Республике Беларусь создана и эффективно функционирует служба медицинской реабилитации взрослого и детского населения. Имеется нормативная правовая база, регламентирующая порядок организации и проведения медицинской реабилитации.



ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ СОПРОВОЖДАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов имени Г.А. Альбрехта» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация. Сопровождаемое проживание – форма жизнеустройства инвалидов, при которой обеспечивается пребывание инвалидов в благоприятной для них социальной среде, поддержание их возможной автономности при условии оказания необходимой помощи и поддержки. Рассмотрены проблемы, затрудняющие внедрение данной технологии в России, предложены меры для их решения.

Ключевые слова: сопровождаемое проживание, инвалидность.

Kozhushko L.A., Kantysheva I.G.

PROBLEMS OF THE INTRODUCTION OF ASSISTED LIVING IN THE RUSSIAN FEDERATION

*Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled
named after G.A. Albrecht, Ministry of Labour of the Russian Federation,
St. Petersburg, Russia*

Abstract. Assisted living is a form of living arrangement for disabled people, which ensures that disabled people stay in a favorable social environment for them, maintaining their possible autonomy, provided the necessary assistance and support is provided. The problems hindering the implementation of this technology in Russia are considered and measures for their solution are proposed.

Keywords: assisted living, disability.

Введение. После ратификации Россией в 2012 г. Конвенции о правах инвалидов, социальная политика Российской Федерации ориентирована на деинституализацию и максимально широкое внедрение технологий сопровождения, в т.ч. сопровождаемого проживания. Изолированность, а именно проживание в закрытых учреждениях является ключевой проблемой людей с тяжелой инвалидностью. Задача общества и государства обеспечить незащищенным гражданам достойный уровень и качество жизни. Сопровождаемое проживание предполагает проживание людей с инвалидностью в домашних условиях в обычной благоприятной среде, включение их в жизнь общества и получение необходимой помощи.

Материал и методы. Данные получены в ходе мониторинга, проводимого ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России. Изучены

материалы из 85 субъектов Российской Федерации по организации технологий сопровождаемого проживания. В процессе исследования применялись методы научного познания: общенаучные (анализ, синтез, группировка), логическое обобщение, сравнительный анализ.

Результаты. По результатам мониторинга основными проблемами, затрудняющими внедрение сопровождаемого проживания, являются:rudиментарность нормативной правовой базы – 56,5 %, дефицит жилых помещений – 69,4 %, отсутствие необходимого количества подготовленных кадров – 51,7 %; недостаток финансирования – 52,9 %.

В целях развития сопровождаемого проживания инвалидов в Российской Федерации целесообразно применять следующие меры: изучение и использование опыта иннова-



ционных практик, в том числе зарубежных; совершенствование законодательной базы по организации технологий; формирование реестра нуждающихся в данной форме жизнеустройства; определение механизма предоставления услуг для целей сопровождаемого проживания; разработка порядка межведомственного взаимодействия в сфере организации технологий и оказания инвалидам вспомогательных услуг; расширение финансирования сопровождаемого проживания, используя государственные и негосударственные источники; обучение и повышение квалификации специалистов; работа по информированию населения и популяриза-

ции самой идеи сопровождаемого проживания и престижности социальной работы.

Заключение. Результаты, полученные в рамках исследования могут быть использованы при планировании мероприятий по развитию сопровождаемого проживания на федеральном и региональном уровнях. Внедрение в Российской Федерации сопровождаемого проживания, как новой формы жизнеустройства, позволит инвалидам вести самостоятельный образ жизни в обычных местах проживания, трудиться и быть полноправными членами общества.



ОБУЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования
врачей-экспертов» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация. В тезисах рассмотрены концептуальные аспекты социокультурной реабилитации инвалидов (детей-инвалидов). Показано научное обоснование использования возможностей культуры и искусства в социокультурной реабилитации. Представлены авторские методики психотерапии творчеством. Предложены формы обучения специалистов по социокультурной реабилитации.

Ключевые слова: социокультурная реабилитация, методики психотерапии творчеством, обучение специалистов.

Murzina T.F.

TRAINING OF SPECIALISTS IN THE FIELD OF SOCIO-CULTURAL REHABILITATION

*Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical Experts,
Ministry of Labour of the Russian Federation,
St. Petersburg, Russia*

Abstract. The abstracts consider the conceptual aspects of the socio-cultural rehabilitation of the disabled (disabled children). The scientific substantiation of the use of the possibilities of culture and art in socio-cultural rehabilitation is shown. Author's methods of psychotherapy with creativity are presented. Forms of training for specialists in socio-cultural rehabilitation are proposed.

Keywords: socio-cultural rehabilitation, methods of psychotherapy with creativity, training of specialists.

Введение. Социокультурная реабилитация (СКР) впервые была выделена как самостоятельное направление комплексной реабилитации инвалидов в Федеральном законе от 23.10.2003 г. № 132-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты РФ по вопросам реабилитации инвалидов». СКР очень тесно связана с другими направлениями реабилитации: социально-педагогической, социально-психологической и медицинской реабилитацией, в частности – с психотерапией.

Материал и методы. К технологиям социокультурной реабилитации необходимо прежде всего отнести специальные методики психотерапии духовной культурой. Это – область современной психотерапии, объединяющая разнообразные приемы непосредственного

целебного воздействия на клиента духовным опытом человеческой культуры. В рамках научно-исследовательской работы Федеральной целевой программы по заданию Минтруда России, а также в диссертационных исследованиях (Мурзина Т.Ф., 1999 г., 2006 г.) на базе клиники СПбНИИП им. Г.А. Альбрехта нами разработаны метод и методики психотерапии творчеством. К методикам психотерапии творчеством относятся: арт-терапия, изотерапия, эстетотерапия, сказкотерапия, игровая психотерапия, библиотерапия, терапия литературным творчеством, терапия музыкальным творчеством, терапия творческими путешествиями, терапия творческим увлечением физкультурой и спортом и др.

Результаты. Вышеуказанные реабилитационные технологии оказались высокоэффективны-



ми при проведении СКР инвалидов (детей-инвалидов). Разработанные и апробированные нами инновационные методики СКР на протяжении нескольких лет мы внедряем в практическую работу реабилитационных учреждений путем обучения различных специалистов Санкт-Петербурга, Российской Федерации. Формы обучения: циклы повышения квалификации (в том числе по дискретной форме обучения), мастер-классы, постоянно действующие научно-практические семинары с последующей выдачей сертификатов участников и удостоверений установленного образца по накопительной системе часов. У нас также имеется

положительный опыт проведения в течение 5 лет постоянно действующего Международного научно-практического семинара «Применение творчества в лечении и реабилитации».

Заключение. В связи с интердисциплинарным характером СКР (на стыке различных областей знания: психологии, психотерапии, педагогики, социальной работы, культуры, искусства и др.) чрезвычайно важным является вопрос подготовки и повышения квалификации специалистов по СКР, которым необходимо обладать универсальными знаниями в этих областях.



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

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Тюменской области» Минтруда России,
г. Тюмень, Россия*

Аннотация. Пилотный проект нацелен на отработку механизма приобретения услуг по комплексной реабилитации и абилитации (КРА) детей-инвалидов (ДИ). В Тюменской области с 01.01.2022 г. по 15.08.2022 г. впервые признаны инвалидами 722 ребенка в возрасте от 3 до 17 лет. Всем им определены целевые реабилитационные группы, показания и противопоказания для проведения КРА. Проведена оценка эффективности проведенной реабилитации первых 60 ДИ, которая показала эффективность у всех детей.

Ключевые слова: пилотный проект, комплексная реабилитация и абилитация, дети-инвалиды, целевая реабилитационная группа.

Olkova N.V., Murtazina T.K., Mishkin A.Zh.

THE FIRST RESULTS OF THE PILOT PROJECT ON COMPREHENSIVE REHABILITATION AND HABILITATION OF DISABLED CHILDREN IN THE TYUMEN REGION

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
for the Tyumen Region of the Ministry of Labour of Russia,
Tyumen, Russia*

Abstract. Pilot project is aimed at developing a mechanism for the purchase of services for comprehensive rehabilitation and habilitation (CRH) of disabled children (DC). In Tyumen Region, from 01.01 to 15.08.2022, 722 children aged 3 to 17 years were recognized as disabled for the first time. All of them have identified TRG, indications and contraindications for CRH. An assessment of the effectiveness of CRH of the first 60 DC was carried out, which showed effectiveness in all children.

Keywords: pilot project, comprehensive rehabilitation and habilitation, disabled children, target rehabilitation group.

Введение. Целью пилотного проекта (ПП) является отработка механизма приобретения услуг по комплексной реабилитации и абилитации (КРА) детей-инвалидов (ДИ) с использованием электронного сертификата (ЭС). Правила реализации ПП в 2 субъектах Российской Федерации (Свердловская и Тюменская области) в течение 2022-2024 годов утверждены постановлением Правительства РФ от 17.12.2021 г. № 2339.

Под услугой КРА ДИ понимается опти-

мальный 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.

Задачами ПП являются: отработка подходов к определению учреждениями МСЭ целевых реабилитационных групп (ЦРГ) ДИ; отработка механизма приобретения услуг по КРА ДИ с использованием ЭС; отработка механизма направления ДИ 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, отработка межведомственного информационного взаимодействия.

По результатам оценки эффективности пилотного проекта будет приниматься решение о целесообразности распространения его на другие субъекты Российской Федерации.

Цель. Проанализировать первые итоги реализации пилотного проекта по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в Тюменской области.

Материал и методы. На 15.08.2022 г. в проект включены 623 ребенка, впервые признанных инвалидами после 01.01.2022 г., которым уже исполнилось 4 года. Еще 99 детей, которым в течение года после освидетельствования исполнится 4 года, смогут пройти КРА. Услуги по КРА в рамках ПП реализуются в 7 реабилитационных организациях (РО) Тюменской области.

Для реализации ПП Минтруд России утвердил методику определения ЦРГ ДИ; медицинские показания и противопоказания для получения услуг по КРА ДИ, включая случаи, требующие сложных видов реабилитации; стандарты предоставления услуг, методику оценки эффективности услуг. В соответствии с ними всем этим 722 детям определена основная (при необходимости и дополнительная) ЦРГ, показания и противопоказания для проведения КРА в РО области. До настоящего времени случаев, требующих сложных видов реабилитации в федеральных центрах, выявлено не было. Также проанализированы причины

отказов от участия в ПП и проведена оценка эффективности проведенной реабилитации первых 60 детей согласно утвержденной Минтрудом России методики.

Результаты. Из 722 ДИ наибольшее количество (57,8 %) составили дети с преимущественными специфическими расстройствами психолого-развивающегося (расстройства развития речи и языка, учебных навыков, моторных функций), которым была определена ЦРГ 1.2. 10 % составили ДИ с ЦРГ 1.1. (нарушения интеллекта), 9,5 % – ЦРГ 6.6. (сахарный диабет) и еще 5,3 % – ЦРГ 6. (нарушения функций других внутренних органов), 4,8 % – ЦРГ 7. (преимущественные нарушения статодинамических функций). По 3,3 % – ЦРГ 1.3. (расстройства личности и поведения) и онкологические заболевания (ЦРГ 9.2. + ЦРГ 10.1.), 2,7 % – слепые и слабовидящие дети (ЦРГ 2.1., 2.2.), 1,7 % – остальные ДИ из ЦРГ 1. (с преимущественными нарушениями психических функций), 1,5 % – глухие и слабослышащие (ЦРГ 3.1., 3.2.).

После передачи данных из учреждения медико-социальной экспертизы в Департамент социального развития Тюменской области, индивидуальной работы с родителями, согласования выбранных ими РО и сроков реабилитации, началась собственно КРА ДИ по утвержденным стандартам. На 15.08.2022 г. поступили формы сведений о результатах КРА на 67 ДИ, из которых 7 выбыли досрочно. По 60-ти ДИ нами проведен 2-й этап оценки эффективности КРА – во всех случаях суммарная оценка эффективности составила 5 и более (от 5 до 16) баллов (в среднем 8,95 баллов), что позволяет оценить проведенную КРА ДИ как эффективную.

Вывод. Основная задача ПП – повысить эффективность реабилитационных мероприятий, т.е. социальную адаптацию и интеграцию ребенка-инвалида в общество. Первые итоги ПП в Тюменской области показывают хорошие результаты: родители заинтересовались пилотным проектом, все дети, прошедшие КРА, показали положительную динамику.

О КОМПЕТЕНЦИЯХ СПЕЦИАЛИСТОВ, ЗАНЯТЫХ В ПРОЦЕССЕ ЖИЗНЕУСТРОЙСТВА И СОПРОВОЖДЕНИЯ ГРАЖДАН С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов имени Г.А. Альбрехта» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация. Работа посвящена проблеме совершенствования деятельности специалистов, занятых в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами. Цель: выявление актуальных компетенций данных специалистов, изучение содержания их профессиональных стандартов на предмет внесения в них необходимых дополнений и изменений на основе перечня актуальных компетенций.

Ключевые слова: граждане с психическими расстройствами, профессиональные стандарты, жизнеустройство, сопровождение.

Starobina E.M., Gordievskaya E.O.

ABOUT THE COMPETENCIES OF SPECIALISTS ENGAGED IN THE PROCESS OF LIFE MANAGEMENT AND SUPPORT OF CITIZENS WITH MENTAL DISORDERS

*Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled
named after G.A. Albrecht, Ministry of Labour of the Russian Federation,
St. Petersburg, Russia*

Abstract. The work is devoted to the problem of improving the activities of specialists engaged in the process of life management and support of citizens with mental disorders. The purpose of the work is to identify the relevant competencies of these specialists, to study the content of their professional standards for making the necessary additions and changes to them based on the list of relevant competencies.

Keywords: citizens with mental disorders, professional standards, lifestyle, support.

Введение. Предметом исследования явились профессиональные компетенции специалистов, занятых в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами.

Материал и методы. Задачи исследования включали разработку перечней компетенций, связанных с организацией жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами, специалистов социального профиля, анализ содержания их профессиональных стандартов, подготовку предложений по внесению в них необходимых дополнений

и изменений на основе перечня новых компетенций.

Методология проведения исследования включала осуществление информационного поиска, анализ содержательной части профессиональных стандартов специалистов социального профиля, анализ и обобщение информационных источников в отношении целевой направленности деятельности специалистов, содействующих жизнеустройству и сопровождению граждан с психическими расстройствами.

Результаты. Авторами на основе анализа опыта организаций, которые в течение многих



лет реализуют технологии сопровождаемого проживания инвалидов, сформирован перечень специалистов, участвующих в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами. Были проанализированы профессиональные стандарты соответствующих специалистов:

- специалист по социальной работе;
- социальный работник;
- психолог в социальной сфере;
- сопровождающий инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья и несовершеннолетних;
- ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья;
- специалист в области воспитания (социальный педагог, тытор).

Анализ перечисленных профессиональных стандартов показал, что не все действующие профессиональные стандарты содержат компетенции, необходимые при оказании услуг по содействию жизнеустройству и сопровождению граждан с психическими расстройствами. Отсутствие данных компетенций в профессиональных стандартах может явиться причиной недооценки их значимости, в том числе в ходе повышения квалификации – при прохождении соответствующего обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам.

В процессе исследования определены перечни общепрофессиональных, личностных, специальных компетенций, необходимых для специалистов, участвующих в организации жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами, сформулированы предложения по внесению новых формулировок в содержательные части профессиональных стандартов на основе актуальных компетенций профильных специалистов.

В группу специальных компетенций включены:

- владение информацией об особенностях лиц, входящих в целевую группу (умственная отсталость, психические заболевания, аутизм и др.);
- владение специальными приемами взаимо-

действия с гражданами целевой группы, проявляющими деструктивные поведенческие и личностные реакции;

- умение выстраивать индивидуальный план сопровождения в зависимости от ситуаций социального развития граждан с психическими расстройствами в ходе реализации процесса их жизнеустройства и сопровождения;

- владение навыками прогнозирования рисков, сопряженными с особенностями граждан с психическими расстройствами в процессе реализации их жизнеустройства и сопровождения;

- умение осуществлять сопровождение в экстремальных и нестандартных ситуациях, готовность к посреднической деятельности в ходе возникающих проблем;

- умение чувствовать границы своей профессиональной компетенции, вовремя определять необходимость привлечения других специалистов.

Заключение. Сформированный перечень компетенций явился основой для конкретизации формулировок для внесения изменений в профессиональные стандарты для специалистов, участвующих в реализации процесса жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами. Сформированные предложения позволят научно обоснованно подойти к совершенствованию программ повышения квалификации данной категории специалистов, что будет способствовать росту квалификационного уровня кадрового потенциала и, в итоге – к повышению эффективности и результативности процесса жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами.

Результаты данного исследования вносят актуальный вклад в реализацию положений Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 г. в части кадрового обеспечения процесса жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами.



КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ПО КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

*ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России,
г. Москва, Россия*

Аннотация. Статья посвящена подходам к организации оказания услуг по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов. Освещаются вопросы трактовки данной проблемы в концепции развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, а также в законопроекте, призванном внести изменения в действующее законодательство, регламентирующее реабилитационные мероприятия.

Ключевые слова: инвалидность, реабилитация, абилитация, услуги по реабилитации и абилитации.

Strukova O.G.

CONCEPTUAL APPROACHES TO THE ORGANIZATION OF THE PROVISION OF COMPREHENSIVE REHABILITATION AND HABILITATION SERVICES FOR THE DISABLED AND CHILDREN WITH DISABILITIES

*Federal Bureau of Medical and Social Evaluation, Ministry of Labour of Russia,
Moscow, Russia*

Abstract. The article is devoted to approaches to the organization of the provision of comprehensive rehabilitation and habilitation services for disabled people. The article highlights the issues of interpretation of this problem in the development concept of a system of comprehensive rehabilitation and habilitation of the disabled, as well as in the draft law, designed to amend existing legislation regulating rehabilitation measures.

Keywords: disability, rehabilitation, habilitation, rehabilitation and habilitation services.

Введение. В соответствии с международными тенденциями в последние десятилетия в Российской Федерации развивается комплексный подход к реабилитации инвалидов. Важнейшим документом в этой системе стала утвержденная Правительством Российской Федерации в 2021 г. Концепция развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 г. (далее – Концепция).

В рамках реализации Концепции будет сформирована необходимая законодательная, нормативная правовая база для развития системы комплексной реабилитации и абилитации в Российской Федерации, а также будут созданы необходимые организационные условия

для предоставления инвалидам современных, доступных и качественных реабилитационных и абилитационных услуг.

Материал и методы. Информационным источником послужили Концепция, законодательные, нормативные правовые акты Российской Федерации.

Методы исследования: контент-анализ, сравнение.

Результаты. Система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов предполагает обеспечение инвалидов и детей-инвалидов доступными, эффективными и безопасными реабилитационными и абилитационными услугами, социальную адаптацию и интеграцию этих лиц во все сферы жизни общества.

В соответствии с действующим законода-



тельством, основные направления реабилитации и абилитации инвалидов включают в себя профессиональную ориентацию; социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию; физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Законодательные акты, регулирующие правоотношения в сферах культуры, физической культуры и спорта, здравоохранения не содержат норм, определяющих конкретные обязанности и полномочия органов государственной власти и органов местного самоуправления по организации и обеспечению инвалидам услуг по комплексной реабилитации и абилитации. В результате инвалиды не всегда получают после установления инвалидности и формирования рекомендаций в индивидуальной программе реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) услуги по реабилитации и абилитации в полном объеме.

В целях устранения недостатков в правовом регулировании и установления правовых условий разработан проект федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов» (далее – законопроект).

Основные изменения будут внесены в Федеральный закон от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», которыми уточняются полномочия федеральных органов государственной власти по вопросам предоставления услуг по реабилитации и абилитации инвалидов, а также полномочия исполнительных органов государственной власти по организации и предоставлению таких услуг в субъектах Российской Федерации.

Предлагается законопроектом определить механизм предоставления услуг по реабилитации и абилитации в соответствии со стандар-

том их предоставления.

В целях использования наиболее эффективных подходов и технологий к устраниению или компенсации нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности при осуществлении мероприятий по основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации предусматривается установление лицу, признанному инвалидом, целевой реабилитационной группы в зависимости от структуры и степени нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности в целях использования наиболее эффективных подходов к устраниению или компенсации нарушений этих функций и ограничений жизнедеятельности при оказании услуг по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

Законопроектом предлагается для обеспечения комплексного характера предоставляемых услуг по реабилитации и абилитации наделить регионы полномочиями по утверждению регламента межведомственного взаимодействия, определив координатором орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере социальной защиты населения, а также полномочиями по разработке и реализации региональных программ по вопросам формирования системы предоставления услуг по основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

Заключение. Вносимые изменения позволяют создать единое понимание у всех участников правоотношений, связанных с оказанием инвалидам услуг по комплексной реабилитации и абилитации, относительно прав и обязанностей, предусмотренных законодательно, а также позволяют обеспечить получение инвалидами безопасных и современных услуг, призванных максимально интегрировать (реинтегрировать) их в общество и обеспечить их профессиональную реализацию.



СТАНДАРТЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ ПО КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В РАЗРЕЗЕ ЦЕЛЕВЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ГРУПП

*ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России,
г. Москва, Россия*

Аннотация. Рассматривается актуальность разработки стандартов предоставления услуги по комплексной реабилитации и абилитации детям-инвалидам. Описан опыт ФБ МСЭ по разработке проектов стандартов оказания услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов различных целевых реабилитационных групп с указанием специфики стандартов.

Ключевые слова: ребенок-инвалид, стандарт, комплексная реабилитация и абилитация, целевая реабилитационная группа, услуга, мероприятие.

Strukova O.G., Morozova E.V., Zhukova E.V.

STANDARDS FOR THE PROVISION OF COMPREHENSIVE REHABILITATION AND HABILITATION SERVICES FOR DISABLED CHILDREN IN THE CONTEXT OF TARGET REHABILITATION GROUPS

*Federal Bureau of Medical and Social Evaluation, Ministry of Labour of Russia,
Moscow, Russia*

Abstract. The relevance of the development of standards for the provision of comprehensive rehabilitation and habilitation services to disabled children is considered. The experience of the Federal Bureau of Medical and Social Evaluation in the development of draft standards for the provision of services for the comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled children of various target rehabilitation groups is described, indicating the specifics of the standards.

Keywords: disabled child, standard, comprehensive rehabilitation and habilitation, target rehabilitation group, service, event.

Актуальность разработки стандартов предоставления детям-инвалидам услуг по комплексной реабилитации обусловлена регламентацией Конвенции ООН о правах инвалидов, ратифицированной Федеральным законом от 03.05.2012 г. № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов», в которой указано, что государства-участники принимают эффективные и надлежащие меры к тому, чтобы наделить инвалидов возможностью для достижения и сохранения максимальной независимости, и полного включения и вовлечения во все аспекты жизни. С этой целью государства-участники орга-

низуют, укрепляют и расширяют комплексные абилитационные и реабилитационные услуги и программы, таким образом, чтобы эти услуги и программы начинали реализовываться как можно раньше и были основаны на многопрофильной оценке нужд и сильных сторон индивида и способствовали вовлечению и включению в местное сообщество и во все аспекты жизни общества, имели добровольный характер и были доступны для инвалидов как можно ближе к местам их непосредственного проживания (ст. 26).

Законодательством Российской Федерации о социальной защите инвалидов предусмотре-



но развитие направлений в области реабилитации и абилитации инвалидов. Несмотря на это, вопросы, касающиеся реализации социальной реабилитации как существенного компонента системы комплексной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов, на сегодняшний день остаются нерешенными. Мероприятия по социальной реабилитации инвалидов, осуществляющиеся преимущественно в учреждениях социального обслуживания населения не отвечают в полной мере целям реабилитации и, по сути, подменяются оказанием социальных услуг.

Все это требует пересмотра и разработки нормативно-правового регулирования механизма реализации предоставления услуг по социальной реабилитации, уточнения содержания мероприятий по каждому из направлений реабилитации и абилитации, учета потребности в специалистах, оборудовании и вспомогательных средствах.

Научно-методическим центром по комплексной реабилитации ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России были разработаны проекты стандартов оказания услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов. В зависимости от структуры и степени нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности, а также различной потребности детей-инвалидов в реабилитационных и абилитационных услугах было выделено 11 целевых реабилитационных групп (далее – ЦРГ).

Каждый проект стандарта охватывает 5 направлений социальной реабилитации: социально-бытовую, социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую,

социокультурную, профессиональную ориентацию (с 14 лет) и адаптивную физическую культуру и содержит 3 формы предоставления мероприятияй: стационарная форма, включая проживание и питание детей-инвалидов и сопровождающих детей-инвалидов лиц, стационарная форма без проживания и питания сопровождающих детей-инвалидов лиц; полустанционарная форма.

Стандарт каждой ЦРГ является максимально наполненным, обобщает в себе содержание мероприятий по каждому из направлений реабилитации и абилитации, потребность в специалистах, оборудовании и вспомогательных средствах, перечень рекомендуемых методик по различным направлениям реабилитации и абилитации, содержит информацию о времени, кратности, форме реализации мероприятий, показателях их качества и оценку результатов.

В соответствии с подпунктом «в» пункта 9 Правил реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 17.12.2021 г., приказами Минтруда России от 26.04.2022 г. № 261, № 262, № 263 соответствующие стандарты были утверждены (опубликованы на сайте Минтруда России – <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/25/7>). В настоящее время ведется работа по отработке проектов стандартов.



ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ПО ВОПРОСАМ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ

*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт
усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация. Развитие системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов ставит вопрос о подготовке квалифицированных кадров, способных решать данные задачи. Исследование потребности в дополнительном профессиональном образовании, проведенное ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России в 2021-2022 гг. показывает запрос на обучение специалистов на циклах повышения квалификации, прежде всего, общим методическим, организационным и правовым вопросам комплексной и социальной реабилитации.

Ключевые слова: дополнительное профессиональное образование, повышение квалификации, подготовка кадров, комплексная реабилитация и абилитация, социальная реабилитация.

Travnikova N.G, Vladimirova O.N, Loginova E.T., Rodin E.V.

FURTHER VOCATIONAL EDUCATION ON REHABILITATION FOR SOCIAL CARE PROFESSIONALS

*Saint-Petersburg Postgraduate Institute
of Medical Experts of the Ministry of the Labour of the Russian Federation,
St. Petersburg, Russia*

Abstract. The development of a system of comprehensive rehabilitation and habilitation for people with disabilities raises the question of training qualified personnel who are able to meet these challenges. A study of the need for additional professional education conducted by SPbPIME in 2021-2022 shows a demand for training specialists in professional development cycles, primarily in general methodological, organizational and legal issues of complex and social rehabilitation.

Keywords: further vocational education, professional development, training, comprehensive rehabilitation and habilitation, social rehabilitation.

Введение. Концепция развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов на период до 2025 г., утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 18.12.2021 г. № 3711-р, определяет основные направления работы с целью повышения качества и доступности всех необходимых товаров и услуг для людей с инвалидностью. В связи с реформированием в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов встает вопрос подготовки кадров, способных реализовать эти мероприя-

тия. Основным подходом к подготовке кадров является дополнительное профессиональное образование специалистов, разрабатывающих региональные программы в сфере комплексной реабилитации, руководителей и специалистов реабилитационных учреждений, а также учреждений, осуществляющих раннюю помощь и сопровождаемое проживание.

Материал и методы. ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России по заданию Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации в мае-июне 2021 г. через органы исполнительной власти регионов

Российской Федерации проводило опрос об общей потребности в повышении квалификации специалистов по вопросам реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов. Опрос, конкретизирующий потребности отдельных специалистов в части наименований программ, был проведен в январе-феврале 2022 г.

Результаты. Получены ответы от органов исполнительной власти 85 регионов. Результаты, полученные в 2021 г., показали значительную потребность в знаниях и усовершенствовании квалификации специалистов, занятых в сфере комплексной реабилитации, на всех уровнях. Выявлено, что основным подходом к подготовке кадров по данным вопросам является дополнительное профессиональное образование, так как дополнительная подготовка специалистов необходима в рамках 10 укрупненных групп специальностей и направлений подготовки среднего и высшего образования.

ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России разработал новые программы повышения квалификации специалистов социальной сферы: руководителей органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, разрабатывающих региональные программы в сфере комплексной реабилитации, руководителей и специалистов реабилитационных учреждений, а также учреждений, осуществляющих раннюю помощь и сопровождаемое проживание. Программы разработаны с учетом профессиональных стандартов. Всего было получено более 15 тысяч заявок на повышение квалификации.

При конкретизации тематики обучения наибольшее количество заявок поступило на

обучение общим, методическим, организационным и правовым вопросам комплексной и социальной реабилитации. На втором месте по количеству заявок оказались направления, которые отдельно выделены в Концепции развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов на период до 2025 г. (распоряжение Правительства Российской Федерации от 18.12.2021 г. № 3711-р): сопровождаемое проживание и ранняя помощь. На третьем месте по количеству заявок оказались темы ознакомления и применения в реабилитации Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, которая, по мнению экспертов, является базовым междисциплинарным инструментом в сфере реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов. Программы, которые касаются вопросов специальных технологий, особенностей работы специалистов той или иной специальности, набрали меньше заявок.

Заключение. На данном этапе развития системы комплексной реабилитации наиболее востребованы программы повышения квалификации, посвященные организационно-правовым, обще нормативным и базовым основам понимания комплексной и социальной реабилитации, месту и роли различных уровней управления и реализации программ. Технологии организации сопровождаемого проживания и осуществления ранней помощи идут вторыми по запросам. На третьем месте – вопросы знакомства, освоения и использования инструмента комплексной реабилитации – Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.



ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОСНАЩЕНИЯ УСЛУГОЙ ТЕКСТОВОГО И АУДИО-ИНФОРМИРОВАНИЯ ПАРКА ОБЩЕСТВЕННОГО ТРАНСПОРТА В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ДАННЫМ МОНИТОРИНГА ПЛАНОВ МЕРОПРИЯТИЙ («ДОРОЖНЫХ КАРТ») ПО ПОВЫШЕНИЮ ЗНАЧЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДОСТУПНОСТИ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ

*ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов имени Г.А. Альбрехта» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация.

Введение. В субъектах Российской Федерации проводится работа по формированию доступной среды жизнедеятельности для инвалидов и детей-инвалидов в приоритетных сферах жизнедеятельности.

Цель: изучены динамика и результаты решения социальных задач по повышению уровня доступности объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения, проведена оценка оснащения услугой текстового и аудио-информирования парка общественного транспорта в регионах.

Материал и методы. Проанализированы планы мероприятий («дорожных карт») по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг в 85 субъектах Российской Федерации.

Результаты. Проанализированы данные мониторинга показателей доступности на общественном транспорте в субъектах Российской Федерации за 2019, 2020 и 2021 годы. К 2021 году услугой полностью оснащён парк общественного транспорта в 9 (10,58 %) субъектах, в разной степени оснащен 71 (84,72 %) регион РФ, в 4 (4,7 %) субъектах представлены нулевые показатели за последние 3 года по данной услуге.

Вывод. В 95,3 % субъектах Российской Федерации оснащение услугой текстового и аудио-информирования парка общественного транспорта отмечается на высоком уровне. Нулевые показатели связаны с тем, что финансирование и сроки реализации плана мероприятий («дорожной карты») по повышению показателей доступности для инвалидов объектов и услуг предусмотрены поэтапно до 2025 г.

Ключевые слова: мониторинг доступности, инвалиды, объекты, услуги, доступность, парк общественного транспорта.

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

EVALUATION OF THE RESULTS OF EQUIPPING THE PUBLIC TRANSPORT FLEET WITH THE SERVICE OF TEXT AND AUDIO INFORMATION IN THE CONSTITUENT ENTITIES OF THE RUSSIAN FEDERATION ACCORDING TO THE MONITORING OF ACTION PLANS («ROAD MAPS») TO INCREASE ACCESSIBILITY

*Federal Scientific Centre for the Rehabilitation of the Disabled
named after G.A. Albrecht of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation,
St. Petersburg, Russia*

**Abstract.**

Introduction: in the constituent entities of the Russian Federation, work is underway to create an accessible living environment for both the disabled and disabled children in priority areas of life.

Objective: the dynamics and results of solving social problems to increase the level of accessibility of facilities and services in priority areas of life of the disabled and other people with limited mobility were studied, an assessment was made of equipping the public transport fleet with text and audio informing services in the regions.

Materials and methods. Analyzed action plans («road maps») to increase the values of indicators of accessibility for the disabled of facilities and services in 85 constituent entities of the Russian Federation.

Results. The monitoring data of accessibility indicators in public transport in the constituent entities of the Russian Federation for 2019, 2020 and 2021 are analyzed. By 2021, the public transport fleet in 9 subjects (10.58 % of regions) is fully equipped with the service, 84,72 % of the regions of the Russian Federation are equipped to varying degrees, in 4 (4.7 %) subjects there are zero indicators for the last 3 years for equipping this accessibility service and work continues in this direction.

Conclusion. In 95.3 % of the constituent entities of the Russian Federation, the provision of a text and audio information service to the public transport fleet is noted at a high level. Zero indicators for equipping the public transport fleet with text and audio informing services in the constituent entities of the Russian Federation are due to the fact that the financing and timing of the implementation of the action plan («road map») to increase the indicators of accessibility of facilities and services for people with disabilities are provided in stages in different years within the time frame until 2025.

Keywords: accessibility monitoring, disabled people, facilities, services, accessibility, public transport park.

Введение. Обеспечение доступной среды для инвалидов является одной из важнейших социально-экономических проблем, влияющей на реализацию прав и потребности граждан. Согласно Устава автомобильного транспорта и городского наземного электрического транспорта, Федерального закона (ФЗ) № 220 – об организации регулярных перевозок пассажиров и багажа автомобильным транспортом и городским наземным электрическим транспортом в Российской Федерации, в соответствии с Федеральным законом от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», планомерно и поэтапно в субъектах Российской Федерации проводится работа по формированию доступной среды жизнедеятельности для инвалидов и детей-инвалидов. Учитывая постановление Правительства РФ от 01.10.2020 г. № 1586 «Об утверждении Правил перевозок пассажиров и багажа автомобильным транспортом и городским наземным электрическим транспортом», приказ Минтранса России от 20.09.2021 г. № 321 «Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для пассажиров из числа инвалидов объектов транспортной инфраструктуры и услуг автомобильного транспорта и городского наземного электрического транспорта, а также оказания им при

этом необходимой помощи», в числе необходимых действий является оборудование объектов транспортной инфраструктуры, предназначенных для обслуживания пассажиров, низкорасположенными телефонами с функцией регулирования громкости, текстофонами для связи со службами информации, экстренной помощи; дублирование необходимой для пассажиров – инвалидов звуковой и зрительной информации, выполненной крупным шрифтом, в том числе с применением рельефно-точечного шрифта Брайля.

Материал и методы. Проанализированы планы мероприятий («дорожных карт») по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг в 85 субъектах Российской Федерации, в т.ч. проведена оценка оснащения услугой текстового и аудиоинформирования парка общественного транспорта в регионах.

Результаты. Проанализированы данные мониторинга показателей доступности на общественном транспорте в субъектах Российской Федерации за 2019, 2020 и 2021 годы. К 2021 г. услугой полностью оснащен парк общественного транспорта в 9 (10,58 %) субъектах РФ, в разной степени – 71 (84,72 %) регион РФ, в 4 (4,7 %) субъектах представлены нулевые показатели за последние 3 года по оснащению

данной услугой доступности и продолжается работа в этом направлении.

Заключение. Только в 4 субъектах Российской Федерации (Орловская область, Республика Тыва, Чукотский АО, Республика Калмыкия) пока представлены нулевые показатели по оснащению данной услугой доступности. Это связано с тем, что финансирование и сроки реализации плана мероприятий («дорожной карты») по повышению показателей доступности для инвалидов объектов и услуг предусмотрено поэтапно до 2025 г.

Учитывая представленные результаты о

показателях доступности, можно сделать выводы, что к 2021 г. услугой в разной степени оснащены парки общественного транспорта в большинстве регионов (72 субъекта – 95,3 %) и работа в этом направлении продолжается, в 9 субъектах представлены 100 % показатели выполнения мероприятий по оснащению услугой текстового и аудио-информирования парка общественного транспорта (Вологодская область, Брянская область, Кировская область, Красноярский край, Нижегородская область, Республика Мордовия, Республика Татарстан, Саратовская область, Томская область).



СИСТЕМАТИЗАЦИЯ УСЛУГ КАК УСЛОВИЕ РАЗВИТИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ

*ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов
имени Г.А. Альбрехта» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация. Для повышения качества предоставляемых инвалидам услуг комплексной реабилитации были проанализированы международные и национальные классификации вмешательств в здоровье человека и российское законодательство. Наиболее подходящей основой для национальной классификации услуг является Международная классификация медико-социальных вмешательств.

Ключевые слова: инвалид, реабилитация, удовлетворенность услугами, реабилитационные услуги, комплексная реабилитация и абилитация инвалидов, Международная классификация медико-социальных вмешательств.

Shoshmin A.V., Besstrashnova Y.K., Rozhko K.N.

SYSTEMATIZATION OF SERVICES AS A CONDITION FOR THE DEVELOPMENT OF COMPLEX REHABILITATION AND HABILITATION

*Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled
named after G.A. Albrecht, Ministry of Labour of the Russian Federation,
St. Petersburg, Russia*

Abstract. To improve the quality of complex rehabilitation services provided to disabled people, international and national classifications of interventions in human health and Russian legislation were analyzed. The most appropriate basis for a national classification of services is the International Classification of Health Interventions.

Keywords: disabled, rehabilitation, satisfaction with services, rehabilitation services, comprehensive rehabilitation and habilitation of the disabled, International Classification of Health Interventions (ICHI).

Введение. В последние десятилетия в Российской Федерации (РФ) происходит динамичное развитие социальной сферы, включая социальную защиту инвалидов и обеспечение гарантий соблюдения их прав на получение реабилитационных услуг. По результатам рассмотрения первоначального доклада о соблюдении прав инвалидов в России Комитетом по правам инвалидов Организации Объединённых Наций (ООН) было рекомендовано пересмотреть законодательство и практику обеспечения равного доступа к реабилитации.

Для развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-ин-

валидов (КРАИ) в РФ в конце 2021 года был принят значимый документ – Распоряжение Правительства РФ от 18.12.2021 г. № 3711-р «Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 г.» (далее – Концепция). В Концепции под комплексной реабилитацией и абилитацией понимается сочетание оптимально подходящих услуг, направленных индивидуально на инвалида (персонифицированных). Система КРАИ направлена, в том числе, на обеспечение инвалидов научно обоснованными, доступными, эффективными и безопасными реабилитационными и абли-

тационными услугами.

Для обеспечения равного доступа инвалидов к реабилитационным услугам необходимо точно определить их перечень. Формирование классификатора реабилитационных услуг – это следующий шаг в развитии системы КРАИ в РФ с учетом имеющейся базы и международных рекомендаций.

Материал и методы. В ходе исследования были проанализированы национальные и международные классификации вмешательств в здоровье, используемые в здравоохранении и сферах, связанных со здоровьем, российская федеральная законодательная база в различных сферах (здравоохранение, социальная защита, образование, трудоустройство и занятость, культура, физическая культура и спорт, информация и связь), в области услуг для инвалидов и детей-инвалидов.

Результаты. Для формирования классификации реабилитационных услуг был проведен анализ на наличие понятия реабилитационной услуги в федеральном законодательстве РФ. Было выявлено, что в Федеральном законе от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ (ред. от 11.06.2021 г.) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» (№ 442-ФЗ) содержится только понятие социальных услуг (в т.ч. предоставляемых инвалидам). Также в № 442-ФЗ описаны виды социальных услуг: социально-бытовые, социально-медицинские, социально-психологические, социально-педагогические, социально-трудовые, социально-правовые, услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов; срочные социальные услуги.

Определение реабилитационной (абилитационной) услуги содержится только в Концеп-

ции. Данное понятие подразумевает «действие (действия) либо мероприятие (мероприятия) по одному из направлений комплексной реабилитации или абилитации инвалидов, направленное на восстановление (формирование) или компенсацию способностей инвалида (ребенка-инвалида) к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности в целях достижения социальной адаптации и интеграции».

Были проанализированы международные и национальные классификации вмешательств в здоровье человека, к которым относятся: Международная классификация медико-социальных вмешательств Всемирной Организации Здравоохранения (МКВ – ICHI), канадская, австралийская и французская классификации медицинских вмешательств и услуг, Скандинавская классификаций хирургических процедур, Шведская национальная классификация вмешательств и мероприятий в области социальной защиты. После их сравнения по разным аспектам было выявлено, что наиболее применима для построения отечественной классификации реабилитационных услуг МКВ, которую можно использовать в качестве основы.

Заключение. Реализация положений настоящей Концепции позволит обеспечить доступность для всех инвалидов эффективных и качественных реабилитационных (абилитационных) услуг, основанных на комплексном, межведомственном и консолидированном подходе, в различных сферах деятельности. Классификация реабилитационных услуг является необходимым шагом для ее реализации. Международный опыт свидетельствует о том, что наиболее подходящей основой для национальной классификации услуг является МКВ.



ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ В ФОРМИРОВАНИИ КОМПЕТЕНЦИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ДОСТУПНОЙ СРЕДЕ

*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт
усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация. Исследование посвящено информационно-методической деятельности «Федерального ресурсного (информационно-методического) центра по формированию доступной среды для инвалидов и других маломобильных групп населения».

Ключевые слова: инвалиды, доступная среда.

Shtepa A.V., Kovalev V.A., Vladimirova O.N.

INFORMATION AND METHODOLOGICAL SUPPORT FOR THE FORMATION OF COMPETENCIES OF SPECIALISTS IN AN ACCESSIBLE ENVIRONMENT

*Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical Experts,
Ministry of Labour of the Russian Federation,
St. Petersburg, Russia*

Abstract. The scientific article is devoted to the information and methodological activities of the Federal Resource (Information and Methodological) Centre for the formation of an accessible environment for the disabled.

Keywords: disabled people, accessible environment.

Введение. Ратифицировав Конвенцию о правах инвалидов, ООН 2006 г., Россия взяла на себя обязательство по созданию условий для полной интеграции инвалидов в общество, что послужило импульсом поиска и развития форм, средств и методов информационно-методической деятельности в области формирования доступной среды. Конвенция о правах инвалидов обязует поощрять преподавание специалистам, работающим с инвалидами.

Материал и методы. Материалом исследования являлись отчеты о деятельности «Федерального ресурсного (информационно-методического) центра по формированию доступной среды для инвалидов и других маломобильных групп населения» за 2020-2021 годы. В исследовании применен комплекс общенациональных методов.

Результаты. Реформирование нормативной правовой базы по вопросам инвалидности сформировало колоссальный объем новой информации в области формирования доступной среды, за 2012-2017 годы были приняты 40 федеральных и 715 региональных законодательных актов, а также 42 подзаконных нормативных актов.

Федеральный ресурсный (информационно-методический) центр по формированию доступной среды для инвалидов и других маломобильных групп населения (далее – Федеральный ресурсный центр) был создан в соответствии с приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 03.10.2019 г. № 656 для информационно-методического обеспечения управления системой формирования и развития доступной среды для инвалидов и других маломобильных групп населения.



Информационно-методическое обеспечение в формировании доступной среды призвано, через анализ, синтез, обобщение и сравнение, систематизировать полученную информацию. И на основе этого организовать подготовку специалистов в области доступной среды.

За 2020-2021 годы в Федеральном ресурсном центре: проведено 6 совещаний по вопросам развития информационно-методической поддержки работ по формированию доступной среды, с участием более 1500 специалистов; проведена серия информационно-методических семинаров по формированию доступной среды, с участием более 2400 специалистов; разработано 6 методических пособий.

Заключение. Наибольшую эффективность показали те средства и методы работы, которые носили системный характер, были дифференцированы для подготовки специалистов от общего до экспертного уровня, учитывали междисциплинарный характер знаний и применение андрогогики, формы информационно-методического обеспечения были разнообразны (выпуск литературы, семинары, использование мессенджеров и др.) и направлены на формирование не только на hard skills «жесткие навыки», но и на soft skills «мягкие навыки» (в том числе мировоззрение специалистов в духе социальной модели инвалидности).





МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА. СТАТИСТИКА ИНВАЛИДНОСТИ



ШИЗОФРЕНИЯ: ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ, ПОТРЕБНОСТЬ В РЕАБИЛИТАЦИИ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Алтайскому краю» Минтруда России,
г. Барнаул, Россия*

Аннотация. Среди психических расстройств, приводящих к инвалидности в Алтайском крае, шизофрения занимает одно из ведущих мест. В структуре первичной инвалидности вследствие шизофрении преобладают граждане в возрасте от 18 до 44 лет (более 70,0 %), городские жители, по полу – мужчины. Более чем у 90,0 % больных к инвалидности приводила параноидная форма шизофрении. На момент проведения медико-социальной экспертизы большей части больных установлены стойкие умеренные нарушения функций организма и третья группа инвалидности. Наиболее часто больные, признанные инвалидами, нуждались в мероприятиях медицинской и социальной реабилитации, а также в содействии в трудуоустройстве.

Ключевые слова: шизофрения, первичная инвалидность, группа инвалидности.

Hakobyan K.S., Kolyado A.V., Vladimirova I.A., Radina L.N.

SCHIZOPHRENIA: A CHARACTERISTIC OF THE PRIMARY DISABILITY OF THE ADULT POPULATION OF THE ALTAI TERRITORY, THE NEED FOR REHABILITATION

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of the Altai Territory, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Barnaul, Russia*

Abstract. Schizophrenia occupies one of the leading places among mental disorders leading to disability in the Altai Territory. The structure of primary disability due to schizophrenia is dominated by citizens aged 18 to 44 years (more than 70.0 %), urban residents and males. In more than 90.0 % of patients, the paranoid form of schizophrenia led to disability. At the time of the medical and social expert evaluation, the majority of patients were diagnosed with persistent moderate disorders of bodily functions and the third group of disability. Most often, patients recognized as disabled needed medical and social rehabilitation measures, as well as assistance in finding a job.

Keywords: schizophrenia; primary disability; disability group.

Введение. Больные шизофренией представляют собой одну из наиболее уязвимых групп психически больных, для которой характерны значительные нарушения социальной адаптации. Среди заболеваний, ведущих к инвалидизации, шизофрения находится в первой десятке, более 60 % больных трудоспособного возраста, страдающих ею,

являются инвалидами.

Материал и методы. Материалом исследования явились отчетные формы № 7-собес; протоколы проведения медико-социальной экспертизы в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы; формы № 088/у медицинских организаций; индивидуальные программы реабилитации

или абилитации (ИПРА). Период исследования – 2015-2019 гг. Методы исследования: статистический, аналитический.

Результаты. В нозологической структуре первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края среди психических расстройств шизофрении занимает одно из ведущих мест. В 2015 г. всего в крае впервые признано инвалидами граждан старше 18 лет вследствие психических расстройств – 649, из них вследствие шизофрении – 162 (25,0 %), в 2016 г. – 676 и 164 (24,3 %), в 2017 г. – 716 и 158 (22,1 %), в 2018 г. – 658 и 122 (18,5 %), в 2019 г. – 691 и 139 (20,1 %) соответственно.

Показатели уровня первичной инвалидности вследствие шизофрении среди взрослого населения в Алтайском крае за период исследования имели незначительные колебания (в 2015 г. – 0,8, в 2016 г. – 0,9, в 2017 г. – 0,8, в 2018 г. – 0,7, в 2019 г. – 0,8 на 10 000 соответствующего населения) и в целом существенно не отличались от показателей по Российской Федерации (в 2015-2019 гг. – 0,8 на 10 000 соответствующего населения).

В структуре первичной инвалидности взрослого населения края вследствие шизофрении преобладали мужчины – 55,6 % (женщины составляли 44,4 %), городские жители – 63,6 % (сельские жители составляли 36,4 %). Средний возраст больных шизофренией на момент освидетельствования составлял 34,6 лет у мужчин и 39,6 лет у женщин. Среди больных шизофренией, впервые признанных инвалидами, большую часть составляли граждане в возрасте от 18 до 44 лет: в 2015 г. – 78,4 %, в 2016 г. – 78,7 %, в 2017 г. – 73,4 %, в 2018 г. – 70,5 %, в 2019 г. – 75,6 %.

На момент освидетельствования 62,5 % больных шизофренией имели профессиональное образование, при этом большая часть из них (94,0 %) – не работали и лишь 6,0 % продолжали трудовую деятельность. Большая часть больных (86,0 %) на момент освидетельствования не состояли в браке, 60,6 % больных не имели детей. Больше половины больных шизофренией (53,9 %) на момент освидетельствования проживали с родителями. Причем, установлено, что с родителями чаще проживали мужчины (67,4 % среди городских жителей и 62,4 % среди сельских жителей). У 50,0 % больных шизофренией была отягощена наследственность психическими заболеваниями.

У 93,6 % больных, впервые признанных ин-

валидами, имелась параноидная форма шизофрении, у 88,7 % – непрерывно прогредиентный тип течения заболевания. У 80,0 % больных, согласно данным клинико-функционального диагноза, основным дезадаптирующим синдромом были эмоционально-волевые нарушения.

У большей части больных шизофренией (62,3 %) на момент проведения медико-социальной экспертизы были установлены стойкие умеренные нарушения психических функций. Наиболее часто выявлялись ограничения жизнедеятельности в категориях: способность к трудовой деятельности (100,0 %), способность к общению (99,5 %), способность контролировать свое поведение (86,9 %).

Исследование показало, что больным шизофренией при первичном освидетельствовании чаще устанавливалась третья группа инвалидности: в 2015 г. – 51,9 %, в 2016 г. – 64,0 %, в 2017 г. – 62,6 %, в 2018 г. – 63,1 %, в 2019 г. – 71,2 %.

Результаты исследования потребности граждан, впервые признанных инвалидами вследствие шизофрении, в мерах реабилитации, показали, что все граждане (100,0 %), не зависимо от группы инвалидности, нуждались в медицинской реабилитации. Мероприятия по социально-средовой реабилитации были рекомендованы инвалидам третьей группы в 97,8 %, инвалидам второй группы – в 98,9 % и инвалидам первой группы – в 100,0 % случаев. В социально-психологической реабилитации нуждались 100,0 % инвалидов третьей группы, 99,6 % инвалидов второй группы и 80,0 % инвалидов первой группы. В социокультурной реабилитации чаще нуждались инвалиды третьей и второй групп (84,9 % и 81,5 % соответственно) по сравнению с инвалидами первой группы (20,0 %). В профессиональной ориентации нуждалось 27,8 % инвалидов третьей группы и 25,0 % инвалидов второй группы. Нуждаемость в содействии в трудоустройстве установлена у 97,0 % инвалидов третьей группы и у 95,6 % инвалидов второй группы. Рекомендации по условиям организации обучения (профессионального) даны 14,2 % инвалидам третьей группы и 17,0 % инвалидам второй группы. В технических средствах реабилитации достоверно чаще нуждались инвалиды первой группы (40,0 %) по сравнению с инвалидами второй и третьей групп (1,4 % и 0,2 % соответственно).



Заключение. Среди психических расстройств, приводящих к инвалидности в Алтайском крае, шизофрения занимает одно из ведущих мест. В структуре первичной инвалидности вследствие шизофрении преобладают граждане в возрасте от 18 до 44 лет (более 70,0 %), городские жители, по полу – мужчины. Большая часть больных на момент освидетельствования не работали, не состояли в браке, не имели детей, проживали с родителями, преимущественно мужчины. Более чем у 90,0 % больных к инвалидности приводила параноидная форма шизофрении, основным дезадаптирующим синдромом были эмоцио-

нально-волевые нарушения. У большей части больных (60,0 %) на момент освидетельствования установлены стойкие умеренные нарушения функций организма, ограничения жизнедеятельности чаще выявлялись в категориях: способность к трудовой деятельности, способность к общению, способность контролировать свое поведение. Большей части больных при первичном освидетельствовании устанавливалась третья группа инвалидности. Наиболее часто больные нуждались в мероприятиях медицинской и социальной реабилитации, а также в содействии в трудоустройстве.



ИНВАЛИДИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов по Самарской области» Минтруда России,
г. Самара, Россия*

Аннотация. Проведён анализ показателей инвалидизации и профессиональной реабилитации у больных после ортоптической трансплантации сердца за период 2013-2022 гг. в Самарской области.

Ключевые слова: инвалид, реабилитация, трансплантация сердца, болезни системы кровообращения.

Borisov K.A., Bazhutkina M.A., Shishkova-Lavrus M.V.

DISABILITY OF PATIENTS AFTER ORTHOTOPIC HEART TRANSPLANTATION

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of the Samara Region, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Samara, Russia*

Abstract. An analysis of the indicators of disability and professional rehabilitation of patients after orthotopic heart transplantation for the period 2013-2022 in the Samara region has been carried out.

Keywords: disabled person, rehabilitation, heart transplantation, circulatory system diseases.

Введение. Болезни системы кровообращения (БСК) в настоящее время являются актуальной проблемой и занимают одно из ведущих мест в структуре общей и первичной инвалидности в Российской Федерации. В Самарской области за период 2017-2022 гг. отмечается достоверное снижение инвалидизации по БСК (в т.ч. хроническим ревматическим болезням; болезням, характеризующимся повышенным кровяным давлением; ишемической болезнью сердца), что является результатом эффективного проведения реабилитационных мероприятий с использованием высокотехнологичной медицинской помощи. Несмотря на постоянное совершенствование фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний, трансплантация сердца остаётся для ряда больных сердечной недостаточностью единственным методом лечения, существенно улучшающим их прогноз и качество жизни. Целью исследования было изучение показателей инвалидности больных Самарской области после перенесённой ортоптической трансплантации сердца.

Материал и методы. Исследование выполнено на основании результатов освидетельствования в ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Самарской области» Минтруда России больных, перенесших ортоптическую трансплантацию сердца. Нами были проанализированы показатели освидетельствования и реабилитации больных, признанных инвалидами после перенесённого оперативного лечения, выполненного за период 2013-2022 гг., в соответствии с классификацией и критериями, установленными Приказом Минтруда России от 17.12.2015 г. № 1024н, Приказом Минтруда России от 27.08.2019 г. № 585н (Приложение 1).

Результаты. В 2013-2022 гг. освидетельствовано 34 больных после операции ортоптической трансплантации сердца, выполненной в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов им. академика В.И. Шумакова» Минздрава России. Из них первично освидетельствовано в 2014 г. 1 человек, 2015 г. – 2 человека, 2016 г. – 3 человека, в 2017 г. – 8



человек, в 2018 г. – 9 человек, в 2019 г. – 5 человек, 2020 г. – 5 человек, в 2021 г. – 1 человек (29 мужчин в возрасте от 27 до 70 лет, средний возраст 46,3 лет, и 5 женщин в возрасте от 23 до 64 лет, средний возраст 46,6 лет).

В соответствии с Приказом Минтруда России от 17.12.2015 г. № 1024н п. 2.2.5 и Приказом Минтруда России от 27.08.2019 г. № 585н п. 9.5.1, при первичном освидетельствовании устанавливалась первая группа инвалидности сроком на два года.

Осложнения после хирургического лечения в раннем послеоперационном периоде: отторжение сердечного трансплантата – в 2 случаях (в отдалённом периоде незначительные нарушения сердечной гемодинамики по данным эхокардиографии – хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I стадии); рестернотомия по поводу кровотечения – в 2 случаях; дисфункция сердечного трансплантата – в одном случае (ХСН I стадия); имплантация электрокардиостимулятора (ЭКС) по поводу синдрома слабости синусового узла – в 4 случаях.

Из отдалённых последствий были выявлены: трансмиссивный атеросклероз донорского сердца (без гемодинамически значимого стенотического поражения коронарных артерий) – в одном случае (ХСН I стадия); умеренные (4 человека) и выраженные (2 человека) нарушения функции сердечно-сосудистой системы – хроническая сердечная недостаточность (ХСН IIА-Б стадия, функциональный класс (ФК) по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (NYHA) II-III).

Медикаментозная терапия, направленная на первичную и вторичную профилактику хронической сердечной недостаточности, проводимая после оперативного лечения до направления на медико-социальную экспертизу, у данной категории пациентов в 35,3 % случаев не даёт ожидаемого положительного эффекта. В 6 случаях оперативное вмешательство прошло без каких-либо осложнений.

В настоящее время все пациенты продолжают наблюдаться в медицинских учреждениях по месту жительства, 12 человек (35,3 %) продолжают трудовую деятельность с учётом производственной адаптации.

Заключение. Несмотря на значительное улучшение качества жизни пациентов после ортопедической трансплантации сердца, не удается добиться полной реабилитации пациентов. Особенности ведения больных после трансплантации сердца определяются рядом специфических факторов, которые включают взаимодействие организма реципиента и сердечного трансплантата, необходимость в пожизненном приёме иммуносупрессивной терапии, особенность течения основного заболевания, а также специфические аспекты психологической, физической и социальной адаптации. Отдалённый прогноз больных после трансплантации сердца определяется риском отторжения трансплантата, который сохраняется пожизненно, что определяет необходимость в постоянном приёме иммуносупрессивной терапии.



СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФКУ «ГЛАВНОЕ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ» МИНТРУДА РОССИИ ПО ВОПРОСАМ РАЗРАБОТКИ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов
по Самарской области» Минтруда России,
г. Самара, Россия*

Аннотация. Проведен анализ обращений граждан в ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России за 2019-2021 гг. по вопросу несогласия с разработанной индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида). Организована система анализа причин неудовлетворенности инвалидов качеством разработанных программ реабилитации и повышения уровня знаний специалистов бюро медико-социальной экспертизы.

Ключевые слова: инвалид, реабилитация, технические средства реабилитации, индивидуальная программа реабилитации.

Borisov K.A., Nizovtseva O.O., Ryabukha N.A.

IMPROVING THE ACTIVITIES OF THE Head of the Federal Bureau of Medical and Social EVALUATION OF THE SAMARA REGION ON ISSUES OF DEVELOPING INDIVIDUAL REHABILITATION OR HABILITATION PROGRAMS FOR DISABLED PEOPLE

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of the Samara Region, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Samara, Russia*

Abstract. We analyzed appeals from citizens to the Head of the Federal Bureau of Medical and Social Evaluation the Samara Region for 2019-2021 on the issue of disagreement with the individual program of rehabilitation or habilitation developed for a disabled person (disabled child). A system of analyzing the causes of dissatisfaction with the quality of the developed rehabilitation programs and for increasing the level of the knowledge of specialists in the Bureau of Medical and Social Evaluation has been organized.

Keywords: disabled person, rehabilitation, technical means of rehabilitation, individual rehabilitation program.

Введение. Одним из значимых аспектов комплексной реабилитации инвалидов является правильно и полно сформированная специалистами федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида, содержащая, в том числе, рекомендации технических средств реабилитации.

Материал и методы. В ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России проводится анализ разработанных инвалидам индивидуальных программ реабилитации или абилитации и обращений граждан по вопросам разработки реабилитационных мероприятий, по результатам которого определяются основные причины неудовлетворенности граждан. Для повышения уровня знаний специалистов



бюро медико-социальной экспертизы проводятся регулярные методические совещания с целью изучения действующих нормативных правовых документов, расширения теоретических знаний и практических навыков назначения реабилитационных мероприятий и подбора инвалидам технических средств реабилитации. Организуются встречи с производителями и дилерами технических средств реабилитации, на которых демонстрируются различные модификации технических средств реабилитации для наглядного ознакомления специалистов бюро с их особенностями. Специалисты бюро медико-социальной экспертизы делятся опытом, представляют различные случаи из практической деятельности. Наиболее сложные случаи представляются на научно-экспертный совет учреждения.

Специалисты ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России регулярно участвуют в форумах, конференциях, затрагивающих различные аспекты медико-социальной экспертизы, в том числе и темы подбора и рационального использования технических средств реабилитации. Вопросы изменения нормативных документов, касающихся разработки программ реабилитации, предложения по их доработке обсуждаются на Общественном совете при ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России. Совместно с общественными объединениями инвалидов проводятся мероприятия, на которых обсуждаются вопросы реабилитации инвалидов. Так, в июне 2022 г. при поддержке ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России в Самаре прошел обучающий форум для инвалидов, родителей детей-инвалидов и специалистов медико-социальной экспертизы по подбору технических средств реабилитации.

В ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России ежемесячно проводится тестирование специалистов для определения уровня знаний по заданной теме и выявления наиболее сложных вопросов, разбор которых в дальнейшем включается в программу обучающих семинаров для специалистов. Ежеквартально проводится анализ отмененных решений в части индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалида, их причин.

Результаты. В результате проведенной работы качество разрабатываемых инвалидам индивидуальных программ реабилитации или абилитации повысилось, количество обращений граждан, не удовлетворенных разработанными программами реабилитации, снизилось. Так, в 2019 г. в учреждение поступило 169 обращений граждан по вопросу несогласия с разработанной индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида. В 2020 г. количество обращений составило 156, в 2021 г. – 102. Таким образом, количество обращений граждан снизилось на 40 %.

Заключение. Методическая работа, проводимая в ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России, является эффективной. Повышается уровень знаний и практических навыков специалистов медико-социальной экспертизы. При разработке индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида специалисты ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России используют не формальный подход, а индивидуальный, учитывают психические и физические особенности здоровья гражданина, его социально-бытовые условия, что в свою очередь способствует удовлетворению граждан рекомендованными реабилитационными мероприятиями.



АНАЛИЗ ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН, ВПЕРВЫЕ ОБРАТИВШИХСЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ С ЦЕЛЬЮ РАЗРАБОТКИ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШЕГО НА ПЕРИОД ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ЗА 2015-2021 ГОДЫ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Кемеровской области – Кузбассу» Минтруда России,
г. Кемерово, Россия*

Аннотация. Представлена деятельность ФКУ «ГБ МСЭ по Кемеровской области – Кузбассу» Минтруда России, направленная на реализацию pilotного проекта Фонда социального страхования РФ «Комплексная реабилитация и возвращение к труду пострадавших в результате тяжелых несчастных случаев на производстве» за период с 2015 г. по 2021 г.

Ключевые слова: несчастный случай на производстве; программа реабилитации пострадавшего на производстве; временная нетрудоспособность; pilotный проект; комплексная реабилитация; межведомственное взаимодействие.

Gavrilyuk O.N., Kozenkova O.V., Rodygina E.V., Rogova L.G.,
Komandina L.Y., Remneva I.V., Blyumina A.E.

ANALYSIS OF APPEALS OF CITIZENS WHO APPLIED FOR A MEDICAL AND SOCIAL EXAMINATION FOR THE FIRST TIME WITH THE PURPOSE OF DEVELOPING A REHABILITATION PROGRAM FOR THE INJURED PERSON FOR THE PERIOD OF TEMPORARY INABILITY IN 2015-2021

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of the Kemerovo region, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Kemerovo, Russia*

Abstract. The activities of the Head of the Federal Bureau of Medical and Social Expertise of the Kemerovo region aimed at implementing a «Comprehensive rehabilitation and return to work of those injured as a result of severe accidents at work» pilot project of the Social Insurance Fund of the Russian Federation for the period from 2015 to 2021 are presented.

Keywords: accident at work; the program of rehabilitation of the victim at work; temporary disability; pilot project; comprehensive rehabilitation; interdepartmental interaction.

Введение. Отличительной особенностью Кемеровской области – Кузбасса являются: высокая урбанизация, концентрация населения в узкой зоне добычи угля, наличие опасных и вредных производств,

высокое загрязнение окружающей среды, что является основополагающим в формировании заболеваемости. В регионе отмечается высокий уровень производственного травматизма, который превышает общероссийский более

чем в два раза (в 2015-2020 гг. в Кемеровской области – Кузбассе соответственно 2,7-2,6-2,7-2,3-2,2-2,4 на 1000 работающего населения, в Российской Федерации (РФ) - 1,3-1,3-1,3-1,2-1,2-1,0), что послужило основанием для участия субъекта в реализации pilotных проектов Фонда социального страхования РФ «Комплексная реабилитация и возвращение к труду пострадавших в результате тяжелых несчастных случаев на производстве» и «Концепция совершенствования системы ранней реабилитации лиц, получивших повреждение здоровья вследствие тяжелого несчастного случая на производстве» (всего участвуют 16 регионов РФ).

Для успешной реализации данных проектов 05.10.2015 г. подписано Соглашение о межведомственном взаимодействии, заключенное между Администрацией Кемеровской области, Кузбасским региональным отделением Фонда социального страхования (далее – КРО ФСС), ФКУ «ГБ МСЭ по Кемеровской области-Кузбассу» Минтруда России и другими организациями. Координатором соглашения выступало КРО ФСС.

Материал и методы. Исследование проведено на основании анализа статистических данных формы № 7-собес, базы данных Федеральной государственной информационной системы «Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы» (ФГИС ЕАВИИАС МСЭ). Методы исследования: статистический и аналитический. Период наблюдения – 2015-2021 гг.

Результаты. Если в 2012-2014 гг. на период временной нетрудоспособности вследствие производственного травматизма разрабатывалось не более 3-4 программ реабилитации пострадавшего (ПРП) в год, то за время реализации pilotного проекта отмечается значительный рост количества ПРП: 2015 г. – 12, 2016 г. – 42, 2017 г. – 52, 2018 г. – 64, 2019 г. – 90, 2020 г. – 49, 2021 г. – 43. Доля освидетельствованных, которым определена нужда в мерах реабилитации, от общего числа освидетельствованных, увеличилась с 0,6 % в 2015 г. в 6,2 раз и в 2021 г. составила 3,7 %. В структуре пострадавших преобладают мужчины: в 2015 г. – 11 (91,7 %) мужчин и 1 (8,3 %) женщина, в 2016 г. – 38 (90,5 %) и 4 (9,5 %), в 2017 г. – 46 (88,5 %) и 6 (11,5 %), в 2018 г. – 56 (87,5 %) и 8 (12,5 %), в 2019 г. – 85 (94,4 %) и

5 (5,6 %), в 2020 г. – 42 (85,7 %) и 7 (14,3 %), в 2021 г. – 38 (88,4 %) и 5 (11,6 %) соответственно. Большинство пострадавших относится к возрастной группе 18-45 лет (в 2015 г. – 83 %, в 2016 г. – 73,8 %, в 2017 г. – 59,6 %, в 2018 г. – 68,8 %, в 2019 г. – 61,1 %, в 2020 г. – 73,5 %, в 2021 г. – 60,5 %). Самому молодому пострадавшему, обратившемуся впервые на медико-социальную экспертизу с целью разработки программы реабилитации пострадавшего на период временной нетрудоспособности – 17 лет. По локализации травм преобладают последствия травмы головы (в 2015 г. – 4 (33,3 %) человека, в 2016 г. – 13 (30,9 %), в 2017 г. – 18 (34,6 %), в 2018 г. – 17 (26,6 %)), а также последствия травм шеи и туловища (в 2015 г. – 3 (25 %) человека, в 2016 г. – 12 (28,6 %), в 2017 г. – 12 (23,1 %), в 2018 г. – 21 (32,8 %)). В 2019-2021 гг. в структуре производственного травматизма первое-второе место заняла политравма (2019 г. – 26,7 %, 2020 г. – 26,5 %, 2021 г. – 25,6 %).

По результатам анализа дел МСЭ граждан, обратившихся первично с целью установления степени утраты профессиональной трудоспособности (СУПТ), наиболее часто определяется СУПТ от 10 до 30 %.

Заключение. Основным механизмом осуществления реабилитационных мероприятий для пострадавших в период временной нетрудоспособности является программа реабилитации пострадавшего от несчастного случая на производстве или профессионального заболевания.

Взаимодействие медицинских организаций, Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования и учреждения МСЭ в процессе реабилитации пострадавших позволяет оперативно решать возникающие проблемы и реализовать индивидуальный подход к реабилитации пострадавших в зависимости от изменения состояния здоровья.

Реализация программ pilotного проекта положительно сказывается на результатах реабилитации: в большинстве случаев устанавливается минимальная степень утраты профессиональной трудоспособности (10-30 %). Итоговая цель концепции – возвращение пострадавшего к активной профессиональной деятельности с минимальными потерями для здоровья, достижение им материальной независимости и интеграции в общество.



Максимальный эффект от проведения реабилитационных мероприятий достигается при реализации межведомственного взаимо-

действия и сопровождения пострадавшего на производстве на всех этапах системы реабилитации.



УДК 616-036.8:613.62

Гаврилюк О.Н., Воробьева О.А.,
Осипова О.И., Савицкая О.Н., Зайцева О.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В 2019-2021 ГОДАХ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Кемеровской области – Кузбассу» Минтруда России,
г. Кемерово, Россия*

Аннотация. Представлены результаты реабилитации пострадавших с профессиональными заболеваниями бюро № 1 - филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Кемеровской области – Кузбассу» Минтруда России в 2019-2021 гг.

Ключевые слова: профессиональное заболевание, реабилитация пострадавших, результаты.

Gavrilyuk O.N., Vorobeva O.A., Osipova O.I., Savitskaya O.N., Zaitseva O.A.

RESULTS OF REHABILITATION OF VICTIMS WITH OCCUPATIONAL DISEASES IN 2019-2021

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of the Kemerovo region, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Kemerovo, Russia*

Abstract. The results of rehabilitation of victims with occupational diseases of the Head of the Federal Bureau of Medical and Social Evaluation of the Kemerovo Region in 2019-2021 are presented.

Keywords: occupational disease, rehabilitation of victims, results.

Введение. Бюро № 1 – филиал ФКУ «ГБ МСЭ по Кемеровской области – Кузбассу» проводит освидетельствование пострадавших с профессиональными заболеваниями, проживающими в северном регионе Кемеровской области. Население данного региона составляет 56,9 % всего населения области. Население трудоспособного возраста в городах обслуживаемой территории составляет 54,7 %, в районах – 47,8 %.

В 2021 г. нами освидетельствовано 448 че-

ловек на группу инвалидности, в 2020 г. – 163 человека, в 2019 г. – 5 человек. В 2021 г. на степень утраты профессиональной трудоспособности освидетельствовано 602 человека, в 2020 г. – 530 человек, в 2019 г. – 562 человека. В 2021 г. численность освидетельствованных для разработки Программы реабилитации пострадавшего (ПРП) составила 1494 человека, в 2020 г. – 1552 человека, в 2019 г. – 1359 человек.

В связи с тем, что в бюро № 1 проводится



освидетельствование лиц, имеющих профессиональные заболевания, дополнительные виды помощи пострадавшие получают путем реализации ПРП. Лицам, освидетельствованным на группу инвалидности, разрабатывается Индивидуальная программа реабилитации и абилитации (ИПРА). В 2021 г. разработано 442 ИПРА, в 2020 г. – 163, в 2019 г. – 5. ИПРА разрабатывалась инвалидам для проведения медицинской, профессиональной и социальной реабилитации. Рекомендуемые нами мероприятия по профессиональной реабилитации включают более ранние сроки и проводятся параллельно с медицинскими, психологическими и другими реабилитационными мероприятиями. В 2021-2019 гг. ПРП разработана в 100 %. В 2021 г. разработано 2094 ПРП, в 2020 г. – 2078, в 2019 г. – 1917.

Материал и методы. Изучены результаты медико-социальной экспертизы за 2019-2021 годы у 2581 пострадавших с профзаболеваниями.

Результаты. Нами установлено, что среди освидетельствованных на степень утраты профессиональной трудоспособности, наблюдается уменьшение случаев определения процентов бессрочно: в 2021 г. – 43,6 % от количества повторно освидетельствованных на степень утраты профессиональной трудоспособности, в 2020 г. – 45,7 %, в 2019 г. – 46,7 %. В 2021 г. с ПРП переосвидетельствовано 2094 пострадавших, в 2020 г. – 2078, в 2019 г. – 1917. По результатам реализации ПРП стабильность течения в 2021 г. отмечена у 98,1 % предоставивших ПРП, в 2020 г. – у 99,4 %, в 2019 г. – у 96,2 %. Ухудшение, повлекшее увеличение степени утраты профессиональной трудоспособности (УПТ)

в 2021 г. выявлено у 1,8 % освидетельствованных, в 2020 г. – у 0,8 % освидетельствованных, в 2019 г. – у 1,1 %.

После проведенных реабилитационных мероприятий увеличена степень УПТ в 2021 г. 32 пострадавшим, в 2020 г. – 18, в 2019 г. – 16. В 2021 г. 94,5 % увеличений приходилось на нейро-сенсорную туюухость. В 2020 г. степень утраты профессиональной трудоспособности была увеличена в равных долях по трем нозологиям: нейро-сенсорная туюухость, вибрационная болезнь и пылевой бронхит (по 33,3 % случаев). В 2019 г. наибольшее количество (37,5 %) увеличений степени УПТ отмечалось при нейро-сенсорной туюухости, в 25 % случаев – при вибрационной болезни и по 12,5 % (по 1 случаю) пришлось на пневмокониоз, болезни нервной системы и пылевой бронхит. Отмечено, что увеличение степени УПТ при переосвидетельствовании среди больных с профессиональными заболеваниями свидетельствует о прогредиентности течения заболеваний, в частности, нейро-сенсорной туюухости, пылевых бронхитов и пневмокониозов, даже при отсутствии воздействия вредных производственных факторов. Прогрессирование вибрационной болезни наблюдалось у пострадавших, продолжавших работать во вредных условиях.

Заключение. Таким образом, в структуре как первичной, так и повторной инвалидности преобладают заболевания органов дыхания, в структуре как первично, так и повторно освидетельствованных на степень утраты профессиональной трудоспособности преобладают заболевания от физических перегрузок и перенапряжения.



ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ТРАВМ В 2019-2021 ГОДАХ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Иркутской области» Минтруда России,
г. Иркутск, Россия*

Аннотация. Проведен анализ уровня производственного травматизма по основным показателям в Иркутской области за 2019-2021 гг. по сравнению с показателями Сибирского федерального округа и Российской Федерации в целом; выявлены основные травмоопасные производства и контингент лиц, пострадавших на производстве.

Ключевые слова: анализ инвалидности, инвалидность, взрослое население, производственные травмы, Иркутская область.

Gladkova O.V., Bondarenko A.A.

PRIMARY DISABILITY OF THE ADULTS OF THE IRKUTSK REGION DUE TO OCCUPATIONAL INJURIES IN 2019-2021

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of the Irkutsk Region, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Irkutsk, Russia*

Abstract. We analyzed the level of industrial injuries according to the main indicators in the Irkutsk region in 2019-2021 in comparison with the indicators of the Siberian Federal District and the Russian Federation as a whole; the main traumatic productions and the contingent of persons injured at work were identified.

Keywords: disability analysis; disability; adult population; industrial injuries; Irkutsk region.

Введение. Производственный травматизм является актуальной медико-социальной проблемой, поскольку несет негативные последствия не только для человека, получившего травму, но и для общества в целом. Медицинское обслуживание и социальные выплаты получившему травму ложатся дополнительной нагрузкой на бюджет.

В промышленности региона наибольшее развитие приобрела лесная, деревообрабатывающая и целлюлозно-бумажная промышленность, горнодобывающая, топливная, цветная металлургия, электроэнергетическая промышленность, машиностроение, химическая и нефтехимическая промышленность, пищевая промышленность и черная металлургия, сконцентрированные в г. Иркутске и наиболее крупных городах Иркутской области. Веду-

щими отраслями промышленности Иркутска являются авиастроение и гидроэнергетика; также в городе функционируют предприятия metallurgical, лесной и деревообрабатывающей промышленности. Основой г. Ангарска являются предприятия нефтепереработки, химической промышленности, строительной отрасли. Промышленность г. Братска представлена предприятиями металлургии, металлообработки и целлюлозно-бумажного производства. В г. Шелехов функционирует ОАО «Иркутсккабель», в г. Усолье-Сибирское – ОАО «ПО Усольмаш», в г. Железногорск-Илимский – ОАО «Коршуновский горно-обогатительный комбинат». Наибольшее количество травм, связанных с производством, приходится на обрабатывающее производство, сферу транспортировки и хранения, добычи полезных ископа-

паемых, а также сферу строительства.

Материал и методы. Анализ проведен на основании электронной базы данных о гражданах с заболеваниями, включенными в рубрики «T00-T98» Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), прошедших освидетельствование в 2019-2021 годах в ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России.

Результаты. Среди взрослого населения Иркутской области в 2021 г. впервые были признаны инвалидами вследствие производственных травм 36 человек, из них трудоспособного возраста – 30 человек (83,3 %), пенсионного возраста – 6 человек (16,7 %), в 2020 г. – 43 человека, в 2019 г. – 51 человек. Абсолютное число впервые признанных инвалидами (ВПИ) в 2021 г. в сравнении с 2019 г. снизилось в 1,4 раза. Удельный вес ВПИ вследствие производственных травм за период 2019-2021 гг. составил 0,4 % от всех ВПИ. В 2019 г. интенсивный показатель первичной инвалидности (ИППИ) вследствие производственных травм в Иркутской области, Сибирском федеральном округе (СФО) и Российской Федерации (РФ) составлял 0,3; 0,2; 0,1 на 10 тыс. населения соответственно, уровень первичной инвалидности вследствие производственных травм был выше аналогичных показателей в СФО и РФ в 1,5 и 3 раза соответственно.

ИППИ вследствие производственных травм в 2021 г. составлял 0,2 на 10 тыс. населения, как и в 2020 г. Показатель снизился по сравнению с 2019 г., когда он составлял 0,3 на 10 тыс. населения. Показатель ИППИ вследствие производственных травм в 2021 г. среди трудоспособного населения был равен 0,2 на 10 тыс. населения (в 2020 г. и 2019 г. составлял 0,3). Наиболее высокий ИППИ среди взрослого населения вследствие производственных травм в 2021 г. зафиксирован в г. Черемхово (0,7 на 10 тыс. населения – абс. 4 чел.), что в 2,5 раза превышает среднеобластной показатель. В два раза больше среднеобластного показателя ИППИ по последствиям производственных травм наблюдался в г. Тулуне (0,4 на 10 тыс. населения – абс. 1 чел.). Наиболее высокие показатели первичной инвалидности взрослого населения по последствиям производственных

травм в 2021 г. отмечены в районах: Балаганском (1,7 на 10 тыс. населения – абс. 1 чел.), Усть-Кутском (0,9 на 10 тыс. населения – абс. 3 чел.), Казачинско-Ленском и Киренском (0,8 на 10 тыс. населения – абс. 1 чел.), Тулунском (0,6 на 10 тыс. населения – абс. 1 чел.), Черемховском (0,5 на 10 тыс. населения – абс. 1 чел.). В г. Иркутске в 2021 г. впервые признаны инвалидами по последствиям производственных травм 9 человек, ИППИ составил 0,2 на 10 тыс. населения.

Структура первичной инвалидности вследствие производственных травм по тяжести в Иркутской области в 2019, 2020 и 2021 гг. характеризовалась преобладанием инвалидов III группы (52,3 %; 48,5 %; 52,1 % соответственно по годам). В 2019 г. признано инвалидами III группы 26 человек, в 2020 г. – 27 человек, в 2021 г. – 23 человека. Доля инвалидов II группы за период наблюдения увеличилась с 29,5 % в 2019 г. до 32,5 % в 2021 г., а инвалидов I группы снизилась с 18,2 % в 2019 г. до 15,4 % в 2021 г.

ИППИ вследствие производственных травм у лиц трудоспособного возраста в 2020 г. не изменился в сравнении с 2019 г. и составил 0,3 на 10 тыс. населения, в 2021 г. – уменьшился и составил 0,2 на 10 тыс. населения.

Выводы.

1. Уровень первичной инвалидности вследствие производственных травм в Иркутской области выше аналогичных показателей в СФО и РФ в 1,5 и 3 раза соответственно; абсолютное число ВПИ в 2021 г. в сравнении с 2019 г. снизилось в 1,4 раза; преобладают лица трудоспособного возраста третьей группы инвалидности.

2. ИППИ вследствие производственных травм в 2021 г. стабилен и составляет 0,2 на 10 тыс. населения, в сравнении с 2019 г. отмечается снижение показателя (0,3).

3. Основными травмоопасными производствами стабильно остаются обрабатывающее производство, сфера транспортировки и хранения, добычи полезных ископаемых, а также сфера строительства. Наиболее частой причиной является воздействие движущихся, разлетающихся, вращающихся предметов, деталей, машин и механизмов.



АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ В 2019-2021 ГОДАХ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Республике Алтай» Минтруда России,
г. Горно-Алтайск, Россия*

Аннотация. Анализ показателей первичной инвалидности детского населения в Республике Алтай за последние 3 года выявил снижение числе детей, которым впервые установлена категория «ребенок-инвалид». В структуре преобладает возраст 4-7 лет и мужское население. В структуре по классам болезней первые места занимают психические расстройства, болезни нервной системы и врожденные аномалии.
Ключевые слова: первичная инвалидность, уровень, детское население, Республика Алтай, структура.

Erkinova E.V., Kononenko N.A., Techinova E.M., Shtanakov M.V.

ANALYSIS OF THE DYNAMICS OF PRIMARY DISABILITY OF THE CHILDREN'S POPULATION IN THE ALTAI REPUBLIC IN 2019-2021

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of the Altai Republic, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Gorno-Altaysk, Russia*

Abstract. The analysis of the indicators of primary disability of the children's population in the Altai Republic over the past 3 years revealed a decrease in the number of children who were first assigned the category of «disabled child». The structure is dominated by the age of 4-7 years and the male population. In the structure of the classes of diseases, the first places are occupied by mental disorders, diseases of the nervous system and congenital anomalies.

Keywords: primary disability, level, child population, Altai Republic, structure.

Введение. Состояние инвалидности детского населения остается одним из важнейших социальных показателей. По данным ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России число детей, впервые признанных инвалидами по категории «ребёнок-инвалид», уменьшилось с 76,5 тыс. чел. в 2019 г. до 70,0 тыс. чел. в 2020 г. (-8,4 %). При этом нельзя не отметить, что имеются и различные региональные особенности, в связи с этим проведен анализ показателей первичной инвалидности детей в Республике Алтай.

Материал и методы. При проведении исследования использовались статистические

данные федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Алтай» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. Материалом исследования явились отчетные формы № 7Д (собес) ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Алтай» Минтруда России; сведения, содержащиеся в Федеральной государственной информационной системе «Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы» (ФГИС ЕАВИИАС МСЭ). Период исследования – 2019-2021 гг. Методы исследования: статистический, аналитический.

Результаты. Численность детского населения в 2019 г. в Республике Алтай составляла 67,4 тыс. чел., в 2021 г. – 67,3, за 3 года численность детского населения уменьшилась на 0,2 %.

Впервые освидетельствовано в 2021 г. – 158 детей, что меньше на 6,0 %, чем за предыдущий год, и на 15 % меньше, чем в 2019 г. Количество детей, которым впервые установлена категория «ребенок-инвалид» составило 133 человека, что больше на 2,3 % по сравнению с прошлым годом (2020 г. – 130 детей), но на 9 % меньше установленных в 2019 г.

Уровень первичной детской инвалидности в Республике Алтай в 2019 г. составлял 21,7 на 10 тыс. детского населения и снизился на 8,8 % в 2021 г. – 19,8.

Среди впервые признанных детей удельный вес возраста от 4 до 7 лет наибольший, и в динамике он увеличился с 33,6 % до 35,3 %. При этом отмечается рост удельного веса возраста от 0 до 3-х лет. Отмечается стабильная тенденция снижения количества детей, впервые признанных инвалидами в возрасте 8-14 лет и 15 лет и выше.

Удельный вес мальчиков (61 %) стабильно преобладает и существенно не изменяется в течение последних лет.

Наиболее высокий уровень первичной детской инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения на протяжении периода наблюдения занимают первое ранговое место, причем в динамике отмечается рост удельного веса от 35,6 % в 2019 г. до 39,1 % в 2021 г.

При изучении структуры первичной инвалидности детей вследствие психических расстройств установлено, что наибольшую долю занимает инвалидность, связанная с умственной отсталостью, но с тенденцией к снижению удельного веса. Отмечается тенденция к росту расстройств психологического развития с 8,2 % в 2019 г. до 24,1 % в 2021 г. В структуре контингента впервые признанных инвалидами в 2021 г. вследствие психических расстройств преобладает возраст от 4 до 7 лет. В 2019-2020 годах преобладал возраст от 8 до 14 лет.

Болезни нервной системы в 2019 г. и 2021

г. занимали по уровню первичной детской инвалидности 2-е ранговое место. Наиболее высокий уровень отмечался в 2019 г. – 4,5 на 10 тыс. нас., в 2020 г. показатель уменьшился до 2,8, переместившись на 3-е ранговое место, а в 2021 г. отмечена тенденция к повышению до 4,3.

В структуре болезней нервной системы в 2020-2021 гг. отмечалось увеличение удельного веса детей с детским церебральным параличом по сравнению с 2019 г.: с 6,8 % до 8,3 %. Так же в этом классе болезней произошел рост числе инвалидов с резидуально-органическими заболеваниями головного мозга с нарушениями психических и речевых функций. В половозрастной структуре преобладают мальчики и возрастная группа от 0 до 3-х лет (51,7 %).

Инвалиды вследствие врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений занимали в 2019 и 2021 гг. 3-е место (в 2020 г. – 2-е). Отмечена тенденция к снижению удельного веса в структуре первичной инвалидности с 19,2 % до 9,8 %. Преобладают врожденные аномалии системы кровообращения, также в 2020 г. отмечался незначительный рост впервые признанных инвалидами вследствие хромосомных аномалий. В течение последних трех лет первое ранговое место занимает возраст от 0 до 3-х лет, удельный вес 60-69 %.

Заключение. В динамике за 3 года отмечается тенденция к снижению числа обратившихся в бюро медико-социальной экспертизы для определения категории «ребёнок-инвалид». В половозрастной структуре преобладают мальчики и возраст 4-7 лет. В структуре первичной инвалидности детского населения Республики Алтай на первом месте психические расстройства и расстройства поведения. На втором ранговом месте – инвалидность вследствие болезней нервной системы, на третьем – врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения. По результатам анализа за 2019-2021 гг. отмечается тенденция к снижению показателей первичной инвалидности детского населения Республики Алтай.



АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ 18 ЛЕТ, ИМЕЮЩИХ КАТЕГОРИЮ «РЕБЕНОК-ИНВАЛИД», В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2018-2021 ГОДЫ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Новосибирской области» Минтруда России,
г. Новосибирск, Россия*

Аннотация. Проведен статистический анализ 2486 освидетельствований с целью установления группы инвалидности из категории «ребенок-инвалид». Полученные данные свидетельствуют о возможности полной реабилитации лиц 18 лет из категории «ребенок-инвалид» при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий с учетом рекомендаций ИПРА ребенка-инвалида.

Ключевые слова: повторные освидетельствования, категория «ребенок-инвалид», группа инвалидности, полная реабилитация.

Zheguleva T.A., Nazarova T.S., Zyukova I.N.

ASPECTS OF REHABILITATION OF PATIENTS AT THE AGE OF 18 WITH THE CATEGORY «DISABLED CHILD» IN NOVOSIBIRSK REGION

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of the Novosibirsk Region, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Novosibirsk, Russia*

Abstract. We conducted a statistical analysis of 2486 examinations to establish the disability group from category of «disabled child». The obtained data evidence a possibility of the full rehabilitation of patients aged 18 from the category of «disabled child» during the medical treatment and rehabilitation measures with the recommendations from disabled child's IRHP.

Keywords: re-examination, category of «disabled child», disability group, full rehabilitation.

Введение. При достижении возраста 18 лет гражданам, имеющим категорию «ребенок-инвалид», проводится переосвидетельствование с целью установления группы инвалидности. Решение об установлении группы инвалидности либо полной реабилитации (непризнание лица инвалидом) осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа его клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных в рамках проведения экспертно-реабилитационной диагностики в динамике. Проведен анализ динамики полной реабилитации лиц 18 лет, имеющих категорию

«ребенок-инвалид», при освидетельствовании с целью установления группы инвалидности.

Материалы и методы. Исследование сплошное. Единица измерения — гражданин, имеющий категорию «ребенок-инвалид» сроком до 18 лет, освидетельствованный в ФКУ «ГБ МСЭ по Новосибирской области» Минтруда России. Методы исследования: статистический анализ, сравнительный анализ. Период исследования: 2018-2021 гг.

Результаты. С 2018 г. по 2020 г. отмечалось увеличение общего количества и доля переосвидетельствований с целью установления группы инвалидности лицам, имеющим категорию «ребенок-инвалид»: в 2018 г. – 515 из

21937 (2,3 %); в 2019 г. – 581 из 19310 (3 %); в 2020 г. – 711 из 21731 (3,3 %); в 2021 г. – 679 из 26509 (2,5 %). В том числе в 2020-2021 гг., согласно временному порядку признания лица инвалидом, утвержденному постановлениями Правительства РФ от 09.04.2020 г. № 467, 16.10.2020 г. № 1697, продлена инвалидность сроком на 6 месяцев: в 2020 г. – 385 (54 %); в 2021 г. – 557 (82 %).

Установлена группа инвалидности: в 2018 г. – в 92,8 % случаев; в 2019 г. – 90,7 %; в 2020 г. – 99,8 %; в 2021 г. – 100 %.

Группа инвалидности установлена бессрочно: в 2018 г. – в 81,4 % случаев; в 2019 г. – 8,6%; в 2020 г. – 46,3 %; в 2021 г. – 19,3 %.

Полностью реабилитировано по достижении 18-летнего возраста из категории «ребенок-инвалид»: в 2018 г. – 7,1 % случаев; в 2019 г. – 9,3 %; в 2020 г. – 0,3 %; в 2021 г. случаев полной реабилитации в данной категории лиц не было.

Наибольшее количество случаев переосвидетельствований из категории «ребенок-инвалид» с целью установления группы инвалидности приходится на пациентов с нарушениями психических функций в качестве основных: в 2018 г. – 46,8 % случаев; в 2019 г. – 36,6 %; в 2020 г. – 40,9 %; в 2021 г. – 37,8 %. Группа инвалидности установлена бессрочно: в 2018 г. – 85,3 % случаев; в 2019 г. – 91,7 %; в 2020 г. – 50,1 %; в 2021 г. – 15,7 %. В 2018-2019 годах отмечался рост доли полной реабилитации соответственно с 0,8 % (2 человека) до 3,7 % (8 человек). В 2020-2021 гг. случаев полной реабилитации не было.

На втором месте лица с нарушениями статодинамических функций: 2018 г. – 28,4 % случаев; 2019 г. – 28 %; 2020 г. – 20 %; 2021 г. – 23,8 %. Полностью реабилитировано в 2018 г. 9,5 % случаев, в 2020 г. – 8,1 %. В 2020-2021 гг. полной реабилитации не было. Группа инвалидности установлена бессрочно в 2018 г. – в 81,3 % случаев; в 2019 г. – в 85,3 %; в 2020-2021 гг. – таких нет.

На третьем месте находятся состояния с на-

рушениями сенсорных функций: 2018 г. – 9,2 % случаев, 2019 г. – 18 %, 2020 г. – 13,1 %, 2021 г. – 12 %. Полная реабилитация: 2018 г. – 4,5 % случаев, 2019 г. – 1 %. Бессрочно установлена группа инвалидности: 2018 г. – 100 % случаев, 2019 г. – 97,8 %, 2020 г. – 68,8 %, 2021 г. – 41,5 %.

На четвертом месте, с тенденцией к росту, переосвидетельствования с нарушениями функций эндокринной системы и метаболизма: 2018 г. – 8,4 % случаев, 2019 г. – 12,1 %, 2020 г. – 12,1 %, 2021 г. – 13,8 %. Полная реабилитация: 2018 г. – 30 % случаев, 2020 г. – 40,6 %. В 2020 г. полностью реабилитирован 1 человек (1,5 %). В 2021 г. случаев полной реабилитации не было. Группа инвалидности установлена бессрочно: 2018 г. – 67,8 % случаев, 2019 г. – 71 %, в 2020 г. – 32,9 %, 2021 г. – 21,3 %.

Наименьшие показатели полной реабилитации из категории «ребенок-инвалид» в категории с нарушениями сенсорных функций, функций крови и иммунитета, дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Отсутствует полная реабилитация при нарушениях пищеварительной и мочевыделительной систем, языковых и речевых функций, нарушениях, обусловленных внешним уродством.

Выходы.

1. Наибольшее количество случаев полной реабилитации отмечается при нарушениях функций эндокринной системы и метаболизма, статодинамических функций.

2. Отмечается некоторая тенденция к росту показателя полной реабилитации из категории «ребенок-инвалид» при нарушениях психических функций.

3. Проведение медико-социальной экспертизы (МСЭ) в 2020-2021 гг. согласно временному порядку признания лица инвалидом, утвержденному постановлениями Правительства РФ от 09.04.2020 г. № 467 и от 16.10.2020 г. № 1697, оказало влияние на количественные показатели МСЭ, в том числе на возможности полной реабилитации.



ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЩЕГО КОНТИНГЕНТА ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ В ПЕРИОД 2014-2021 ГОДОВ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по г. Москве» Минтруда России,
г. Москва, Россия*

Аннотация. В статье представленный анализ общей инвалидности взрослого населения вследствие рассеянного склероза в г. Москве за 2014-2021 гг. свидетельствует о преобладании в общей структуре лиц, повторно признанных инвалидами, с тенденцией увеличения их численности и удельного веса. В структуре преобладали инвалиды трудоспособного возраста с тенденцией уменьшения их удельного веса. Наибольший удельный вес составляли инвалиды III группы с тенденцией его увеличения и роста уровня инвалидности. Уменьшение удельного веса и уровня инвалидов I-II группы. В гендерной структуре общего контингента инвалидов преобладали женщины (64,6 %).

Ключевые слова: рассеянный склероз, возрастная категория, группы инвалидности, инвалидность, сравнительный анализ, интенсивный показатель.

Zapary N.S., Samusenko A.G.

CHARACTERISTICS OF THE GENERAL CONTINGENT OF DISABLED PEOPLE DUE TO MULTIPLE SCLEROSIS AMONG THE ADULT POPULATION IN MOSCOW IN 2014-2021

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation of Moscow,
Ministry of Labour of the Russian Federation
Moscow, Russia*

Abstract. The presented analysis of the general disability of the adult population due to multiple sclerosis in Moscow in 2014-2021 indicates the predominance of newly recognized persons with disabilities in the general structure, with a tendency to increase their number and proportion. The structure was dominated by disabled people of working age with a tendency to reduce their proportion. Most of them were disabled people of group III with a tendency to increase the proportion and the level of disability. The decrease in the proportion and level of disability among disabled persons of groups I-II. Women predominated in the gender structure of the total disabled population (64.6 %).

Keywords: multiple sclerosis, age, disability groups, disability, comparative analysis, intensive indicator.

Введение. Рассеянный склероз (РС) – это широко распространенное заболевание центральной нервной системы, приводящее к стойкой утрате трудоспособности и инвалидности. Во всем мире отмечается рост заболеваемости рассеянным склерозом. Рассеянным склерозом страдают около 2,5 млн. человек в мире, в России их число составляет 200 тыс. человек, в структуре по классу нервных

болезней – 10,5 %. Изучение показателей инвалидности вследствие рассеянного склероза в различных возрастных группах имеет большое значение для разработки комплексных программ по реабилитации инвалидов

Материал и методы. Исследование сплошное. Объем исследования: контингент лиц взрослого населения г. Москвы, впервые признаны инвалидами (ВПИ) и повторно при-

знаны инвалидами (ППИ), вследствие рассеянного склероза. Источник информации: электронная база данных Федеральная государственная информационная система «Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы» (ФГИС ЕАВИИАС МСЭ) ФКУ «Главное бюро МСЭ по г. Москве». Период исследования 2014-2021 гг. Методы исследования: выкопировка данных, сравнительный анализ, описательная статистика (абсолютные, экстенсивные, интенсивные показатели), статистический, сравнительный анализ. Статистическая значимость результатов интенсивных показателей определялась с помощью вычисления критерия ошибки средней арифметической или ошибка репрезентативности – m , критерий достоверности – p). Разность считается значимой при $p < 0,05$.

Результаты. Общий контингент инвалидов вследствие рассеянного склероза в г. Москве в 2014 г. составлял 1246 человек, в 2015 г. увеличился до 1287 человек (темпер роста + 3,3 %), в 2016 г. уменьшился до 1256 человек (темпер убыли – 3,4 %), в 2017 г. увеличился до 1362 человек (темпер роста + 8,4 %), в 2018 г. уменьшился до 1307 человек (темпер убыли – 4,0 %), в 2019 г. – до 1203 человек (темпер убыли – 8,0 %), в 2020 г. – до 1129 человек (темпер убыли – 6,2 %), в 2021 г. увеличился до 1213 человек (темпер роста + 7,4 %). Абсолютное их число составляло 100032 человека, в среднем за год 1250 человек. Уровень общей инвалидности варьировал от $1,3 \pm 0,09$ до $1,1 \pm 0,09$, в среднем за период составлял $1,2 \pm 0,09$ на 10 тысяч взрослого населения.

В структуре общего контингента инвалидов преобладали лица, повторно признанные инвалидами от этих причин. Их число увеличивалось от 917 человек до 982 за исследуемый период (темпер роста + 7,1 %). Удельный вес также характеризовался в динамике увеличением от 71,3 % до 82,2 %, в среднем составлял 75,8 %. Уровень данного контингента инвалидов варьировал в группах от $0,92 \pm 0,09$ до $0,73 \pm 0,01$, в среднем составлял $0,86 \pm 0,01$ на 10 тысяч взрослого населения. Численность ВПИ в структуре общего контингента инвалидов варьировала от 391 человека до 201 человека. Их доля составляла от 28,7 % до 17,8 %, в среднем составляла 24,2 %, с уровнем равным $0,28 \pm 0,03$ на 10 тысяч взрослого населения. Анализ

структурь общей инвалидности по тяжести выявил следующие особенности: инвалиды III группы составляли 6446 человек, в среднем 806 человек в год. В динамике отмечалось их увеличение от 722 человек до 898 человек, средний многолетний темп роста составлял + 24,4 %. Удельный вес инвалидов III группы также характеризовался увеличением от 57,5 % до 74,0 %, в среднем составляя 64,5 %. Уровень общей инвалидности III группы имел тенденцию к росту от $0,69 \pm 0,02$ до $0,84 \pm 0,01$, в среднем составлял $0,76 \pm 0,02$ на 10 тысяч населения соответствующего возраста.

Число инвалидов II группы в 2,4 раза меньше, чем инвалидов III группы, в динамике отмечалось их уменьшение от 406 человек до 229 человек. Доля в структуре общей инвалидности составляла за период исследования 26,8 % с тенденцией уменьшения от 31,7 % до 19,4 %. Уровень общей инвалидности II группы имел аналогичную тенденцию к снижению от $0,39 \pm 0,02$ до $0,21 \pm 0,03$, в среднем составлял $0,32 \pm 0,03$ на 10 тысяч населения соответствующего возраста, что ниже интенсивного показателя инвалидов III группы ($p < 0,05$).

Наименьшую долю составили инвалиды I группы – 9,7 % с тенденцией уменьшения от 11,0 % до 6,6 %. Абсолютное их число составляло 874 человека, в среднем 109 человек в год. Уровень инвалидов I группы имел тенденцию к снижению от $0,14 \pm 0,03$ до $0,07 \pm 0,03$, в среднем составлял $0,10 \pm 0,01$ на 10 тысяч соответствующего населения.

Анализ общей инвалидности в возрастном аспекте показал, что в общей структуре контингента инвалидов вследствие рассеянного склероза преобладали инвалиды трудоспособного возраста. В динамике отмечалось их увеличение от 1113 человек до 1217 человек в 2014-2017 гг., с последующим уменьшением до 968 человек. Удельный вес в динамике уменьшился от 90,3 % до 85,2 %, в среднем составлял 88,2 %. Уровень общей инвалидности данного контингента инвалидов варьировал в группах от $1,7 \pm 0,11$ до $1,3 \pm 0,11$, в среднем составлял $1,5 \pm 0,11$ на 10 тысяч населения соответствующего возраста. Число инвалидов старше трудоспособного возраста значительно меньше, в динамике их число увеличилось от 133 человек до 179 человек, в среднем составляло 148 человек в год. Доля инвалидов старше трудоспособного возраста в структуре общей инвалидности имела тенденцию к уве-

личению от 9,7 % до 14,8 %, в среднем составляла 11,8 %. Уровень общей инвалидности среди лиц старше трудоспособного возраста имел колебания от $0,37 \pm 0,04$ до $0,52 \pm 0,04$, в среднем составлял $0,45 \pm 0,04$ на 10 тысяч населения соответствующего возраста, что в 3,3 раза ниже интенсивного показателя инвалидности лиц трудоспособного возраста ($p < 0,05$).

В гендерной структуре общей инвалидности вследствие рассеянного склероза преобладали женщины. Их число варьировало в динамике от 904 до 708 человек, в целом составляло 6458 человек, в среднем – 807 человек в год. Доля женщин в структуре в среднем составляла 64,6 %. Уровень общей инвалидности среди женщин варьировал за период исследования от $1,57 \pm 0,12$ до $1,20 \pm 0,12$, в среднем составлял $1,39 \pm 0,12$ на 10 тысяч населения соответствующего возраста. Число инвалидов мужчин значительно меньше, абсолютное их число составляло 3545 человек, в среднем 443 человек в год. Удельный вес регистрировался в границах от 33,6 % до 37,3 %, в среднем составлял

35,4 % с уровнем, равным $0,92 \pm 0,01$ на 10 тысяч населения соответствующего возраста, что в 1,5 раза ниже интенсивного показателя инвалидности среди женщин ($p < 0,05$).

Заключение. Общая инвалидность вследствие рассеянного склероза в г. Москве за 2014-2021 гг. характеризовалась:

- преобладанием в общей структуре лиц повторно признанных инвалидами с тенденцией увеличения их численности и удельного веса;
- преобладанием инвалидов трудоспособного возраста с тенденцией уменьшения их удельного веса;
- преобладали инвалиды III группы с тенденцией увеличения их численности и удельного веса, снижением удельного веса инвалидов I-II группы;
- увеличением уровня инвалидности III группы и снижением уровня инвалидности I-II группы;
- преобладанием в гендерной структуре общего контингента инвалидов преобладали женщины (64,6 %).





СТРУКТУРА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Аннотация. В данной работе представлен анализ структуры первичной инвалидности среди взрослого населения Республики Беларусь вследствие неэпителиальных злокачественных новообразований молочной железы за период 2010-2021 гг.

Ключевые слова: неэпителиальные злокачественные новообразования молочной железы, саркома молочной железы, первичная инвалидность.

Ilyukhin P.A.

STRUCTURE OF PRIMARY DISABILITY IN CASES OF NON- EPITHELIAL BREAST TUMORS

*Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education,
Minsk, Belarus*

Abstract. This research presents an analysis of the structure of primary disability among the adult population of the Republic of Belarus due to non-epithelial breast tumors over the period 2010-2021.

Keywords: non-epithelial breast tumors, breast sarcoma, primary disability.

Введение. За последние 10 лет в Республике Беларусь наблюдается рост первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований молочной железы на 7,2 % (с 2,91 до 3,12 на 10 тыс. населения). Среди злокачественных новообразований молочной железы лидирующее место занимают эпителиальные опухоли; саркомы составляют лишь около 1,0 %. Несмотря на редкую встречаемость, при первичном освидетельствовании в медико-реабилитационных экспертных комиссиях пациентам с саркомами молочной железы в большинстве случаев устанавливается, как правило, 2-я, а часто и 1-я группа инвалидности.

Материал и методы. Нами проведен анализ базы данных информационной системы «Инвалидность» и Республиканской информационно-аналитической системы по медицинской экспертизе и реабилитации инвалидов за период 2010-2021 гг. В исследование были включены пациентки с установленным диаг-

нозом злокачественного новообразования молочной железы неэпителиальной этиологии, первично направленные для проведения медико-социальной экспертизы с целью установления группы инвалидности. Объектом исследования явились 41 женщина с саркомами и недифференцированными неэпителиальными злокачественными опухолями молочной железы. Для показателей, характеризующих качественные признаки, учитывалось абсолютное число, относительная величина в процентах (р, %), при расчете погрешности относительной величины использовался 95 % доверительный интервал (95 ДИ).

Результаты. В ходе исследования установлено, что при первичном освидетельствовании первая группа инвалидности была установлена пятерым (83,3 %, 95 ДИ: 43,7-97,0) женщинам с четвертой стадией заболевания; вторая группа инвалидности – одной (25,0 %, 95 ДИ: 30,1-95,4) пациентке с I и IV стадиями, восьмерым (66,7 %, 95 ДИ: 39,1-86,2) пациенткам со вто-

рой стадией заболевания и всем 10 (100,0 %, 95 ДИ: 72,3-100,0) пациентам с третьей стадией заболевания; третья группа инвалидности при первичном освидетельствовании в медико-реабилитационной экспертной комиссии была определена троим (75,0 %, 95 ДИ: 30,1-95,4) пациенткам с I стадией и четвертым (33,3 %, 95 ДИ: 13,8-60,9) со II стадией саркомы молочной железы.

Заключение. Таким образом, в большинстве (58,5 %) случаев при первичном освидетельствовании в медико-реабилитационной экспертной комиссии, пациентам с саркомами молочной железы устанавливается 1-я либо 2-я группа инвалидности, что характеризует тяжесть первичной инвалидности у пациентов с данной патологией.

УДК 616-036.865+514.29

Киреева И.А.¹, Смычек В.Б.², Копыток А.В.²

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Министерство здравоохранения Республики Беларусь¹,

*ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»²,
г. Минск, Республика Беларусь*

Аннотация. В работе рассмотрено современное состояние контроля качества (оценки) проведения медико-социальной экспертизы в Республике Беларусь и пути ее совершенствования.

Ключевые слова: контроль качества, медико-социальная экспертиза, критерии оценки качества.

Kireeva I.A.¹, Smychek V.B.², Kopytok H.V.²

ON IMPROVEMENT OF QUALITY CONTROL OF MEDICAL AND SOCIAL ASSESSMENT IN THE REPUBLIC OF BELARUS

*Ministry of Health of the Republic of Belarus¹,
Republican Scientific and Practical Center for Medical Evaluation and Rehabilitation²,
Minsk, Belarus*

Abstract. The article considers the current state of quality control (assessment) of medical and social evaluation in the Republic of Belarus and ways of improving it.

Keywords: quality control, medical and social expertise, quality assessment criteria.

Введение. Одним из приоритетных направлений национальной политики в Республике Беларусь является развитие и совершенствование медико-социальной экспертизы (МСЭ), в том числе и в части совершенствования контроля (оценки) качества

МСЭ, повышения доступности, объективности, пациентоориентированности при проведении МСЭ.

Материал и методы. Нормативные правовые акты по вопросам контроля (оценки) качества проведения МСЭ.

Результаты. В настоящее время основными документами, регламентирующими организацию контроля (оценки) качества проведения МСЭ в республике, являются:

- Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 г. № 2435-ХII «О здравоохранении» (в ред. от 11.12.2020 г. № 94-З). Статьей 37-4 данного Закона предусмотрена оценка качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, которая проводится в целях совершенствования оказания медицинской помощи и проведения медицинских экспертиз в организациях здравоохранения;

- Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 03.06.2021 г. № 304 «О медико-реабилитационных экспертных комиссиях и медицинских экспертизах». В соответствии с Положением о медико-реабилитационных экспертных комиссиях (МРЭК), утвержденным данным постановлением, центральные комиссии являются вышестоящими по отношению к первичным комиссиям и осуществляют методическое руководство и оценку деятельности первичных комиссий по проведению МСЭ;

- Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.05.2021 г. № 55 «Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи», которым установлен перечень из 9 критериев для оценки МСЭ, проводимой МРЭК, включающих оценку: освидетельствования пациентов в сроки, установленные законодательством о здравоохранении; проведения медицинского осмотра с оценкой степени выраженности нарушений функций органов и систем организма; установления основного и сопутствующего клинико-функционального диагнозов; степени выраженности ограничений жизнедеятельности в соответствии с нормативными правовыми актами и локальными правовыми актами; соответствия клинико-функционального диагноза степени выраженности ограничений жизнедеятельности; обоснованности решения об установлении инвалидности, группы (степени утраты здоровья у детей), причины, даты наступления и срока инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности (в случае если она установлена); формирования индивидуальной программы реабилитации, абилитации инвалида (ребенка-инвалида) (ИПРА), программы реабилитации потерпевшего в результате несчастного случая на производстве или про-

фессионального заболевания (ПРП) в соответствии с нормативными правовыми актами и локальными правовыми актами; проведения анализа выполнения мероприятий ИПРА, ПРП при повторном освидетельствовании; отсутствия обоснованных жалоб в течение последнего отчетного периода (года).

Однако перечень критериев для оценки качества проведения МСЭ в МРЭК представлен в обобщенном виде и не дает возможности полно и многосторонне оценить качество проведения МСЭ во МРЭК.

В связи с этим и с целью дальнейшего совершенствования контроля (оценки) качества организации и проведения МСЭ в рамках выполнения научно-исследовательской работы «Разработать и внедрить систему контроля качества проведения медико-социальной экспертизы пациентов», на основании действующих законодательных и нормативных правовых актов, регламентирующих организацию и проведение МСЭ, разработаны метод оценки качества проведения МСЭ и критерии оценки качества проведения МСЭ, включающие критерии для оценки качества проведения МСЭ в учреждении, критерии для оценки качества проведения МСЭ центральными комиссиями, критерии для оценки качества проведения МСЭ комиссиями.

Критерии для оценки качества проведения МСЭ в учреждении и критерии для оценки качества проведения МСЭ центральными комиссиями включают критерии для оценки общих вопросов проведения МСЭ и критерии для оценки организации работы по оценке качества проведения МСЭ. Критерии для оценки качества проведения МСЭ комиссиями включают критерии для оценки: общих вопросов проведения МСЭ, осуществления административных процедур, проведения МСЭ, результата МСЭ, формирования ИПРА, ПРП, критерии для оценки оформления медицинской документации.

В период с 10 января по 31 марта 2022 г., в соответствии с приказом Министерства здравоохранения от 29.12.2021 г. №1694, был реализован в МРЭК областей и г. Минска pilotный проект по применению метода и критериев оценки качества проведения МСЭ. Анализ результатов pilotного проекта показал, что метод и критерии оценки качества проведения МСЭ являются эффективными. Критерии детализированы, позволяют подробно и всесто-

ронне оценить организацию, качество проведения МСЭ с учетом требований нормативных документов, регламентирующих организацию и проведение МСЭ.

Заключение. Таким образом, контроль (оценка) качества проведения МСЭ в республике базируется на законодательных и нормативных правовых актах, регламентирующих организацию и проведение МСЭ, оценку ме-

дицинских экспертиз. Однако оценка качества МСЭ посредством определения нескольких критериев не позволяет на должном уровне оценить качество ее проведения. В связи с этим ведется работа по совершенствованию контроля (оценки) качества проведения МСЭ, в том числе в части разработки и внедрения научно обоснованных критериев оценки качества проведения МСЭ.



УДК 061.1:005.92(571.17)

Козенкова О.В., Селифанова К.Н.,
Саас Е.А., Родыгина Е.В., Ремнева И.В.

ОПЫТ РАБОТЫ КАБИНЕТА ВОЗВРАТА НАПРАВЛЕНИЙ ФКУ «ГЛАВНОЕ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – КУЗБАССУ» МИНТРУДА РОССИИ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Кемеровской области – Кузбассу» Минтруда России,
г. Кемерово, Россия*

Аннотация. Представлена деятельность кабинета возврата направлений ФКУ «ГБ МСЭ по Кемеровской области – Кузбассу» Минтруда России, направленная на снижение количества программ дополнительного обследования, составляемых бюро медико-социальной экспертизы. Проведен анализ деятельности кабинета возврата направлений и бюро по составлению программ дополнительного обследования за I квартал 2022 г.

Ключевые слова: направление на МСЭ, возврат направлений на МСЭ, программа дополнительного обследования.

Kozenkova O.V., Selianova K.N., Saas E.A., Rodygina E.V., Remneva I.V.

EXPERIENCE IN THE WORK OF THE REFERRAL RETURN ROOM OF THE MAIN BUREAU OF MEDICAL AND SOCIAL EVALUATION FOR THE KEMEROVO REGION OF THE MINISTRY OF LABOUR OF RUSSIA

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of the Kemerovo Region, Ministry of the Labour of the Russian Federation,
Kemerovo, Russia*

Abstract. The article presents the activities of the referral return room of the Main Bureau of Medical and Social Evaluation for the Kemerovo region of the Ministry of Labour of Russia, aimed at reducing the number of additional examination programs compiled by the Bureau of Medical and Social Evaluation. The analysis of the activities of the referral return room and the bureau for the preparation of additional survey programs for the first quarter of 2022 was carried out.

Keywords: referral to ITU, return of referrals to ITU, additional examination program.

Введение. В соответствии с пунктом 19 (2) Правил признания лица инвалидом, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 20.06.2006 г. № 95, в случае если переданное медицинской организацией в бюро направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ) не содержит данных о результатах проведения полного объема медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы, бюро в течение 3 рабочих дней со дня получения такого направления возвращает его в медицинскую организацию с письменным обоснованием причин возврата для устранения выявленных недостатков тем же способом, каким было получено.

С целью оптимизации работы бюро и уменьшения количества программ дополнительного обследования в ноябре 2021 года в ФКУ «ГБ МСЭ по Кемеровской области – Кузбассу» Минтруда России был создан кабинет возврата направлений, состоящий из 2 врачей по медико-социальной экспертизе и психолога. До ноября 2021 года ответственными за возврат направления в медицинскую организацию были руководители бюро МСЭ.

Материал и методы. Анализировались данные работы кабинета возврата направлений ФКУ «ГБ МСЭ по Кемеровской области – Кузбассу» Минтруда России за I квартал 2022 года.

Результаты. Возврат направлений на МСЭ в медицинскую организацию осуществлялся только в связи с отсутствием необходимых медицинских обследований согласно Перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы, утвержденного приказом Минтруда России и

Минздрава России от 10.06.2021 г. № 402н/№ 631н.

Причина возврата указывалась: «Объем проведенных медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы, не соответствует перечню медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы».

Не возвращали в медицинскую организацию направления с пометкой «Гражданин нуждается в оказании паллиативной медицинской помощи» и направления граждан, находящихся на листке временной нетрудоспособности.

В результате проведенного анализа установлено:

- в первом квартале 2022 года было возвращено 176 направлений (1,6 % от общего количества направлений, поступивших из медицинских организаций), а за первый квартал 2021 года – возвращено 1 направление (0,01 %);

- количество программ дополнительного обследования в первом квартале 2022 года составило – 121 (1,1 % от общего количества освидетельствований по направлениям), а в первом квартале 2021 – 365 (3,4 %).

Заключение. Таким образом, заметна тенденция уменьшения количества программ дополнительного обследования за счет возврата направлений на МСЭ, не содержащих необходимый перечень медицинских обследований.

Планируется совершенствование работы кабинета возврата направлений, усиление взаимодействия с медицинскими организациями с целью повышения эффективности межведомственного информационного взаимодействия при предоставлении услуги по медико-социальной экспертизе и улучшения качества ее оказания.

ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В ПЕРИОД РЕАЛИЗАЦИИ ОГРАНИЧИТЕЛЬНЫХ МЕР, СВЯЗАННЫХ С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ИЗМЕНЕНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ПО ПОРЯДКУ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Алтайскому краю» Минтруда России,
г. Барнаул, Россия*

Аннотация. На основе изучения данных государственной статистической отчетности выявлено, что в Алтайском крае в период с 2019 г. по 2021 г. в условиях реализации ограничительных мер, снижения доступности плановой медицинской помощи населению и изменения федерального законодательства по порядку проведения медико-социальной экспертизы зарегистрировано снижение уровня первичной инвалидности взрослого населения, преимущественно среди лиц пенсионного возраста, и изменение структуры инвалидности за счет увеличения доли психических расстройств и роста удельного веса «тяжелых» групп инвалидности.

Ключевые слова: инвалидность населения, медико-социальная экспертиза (МСЭ).

Kolyado A.V., Vladimirova I.A., Maletin S.I., Akopyan T.A.

THE DYNAMICS OF PRIMARY DISABILITY OF THE ADULT POPULATION DURING THE IMPLEMENTATION OF RESTRICTIVE MEASURES RELATED TO THE SPREAD OF CORONAVIRUS INFECTION, AND CHANGES IN LEGISLATION ON THE PROCEDURE FOR CONDUCTING MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of the Altai Territory, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Barnaul, Russia*

Abstract. Based on the study of state statistical reporting data, it has been revealed that in the Altai Territory during 2019-2021 under conditions of implementation of restrictive measures, reduction of accessibility of planned medical care to the population and changes in federal legislation on the procedure for conducting medical and social expertise, a decrease in the level of primary disability of the adult population, mainly among people of retirement age, and a change in the structure of disability due to an increase in the proportion of mental disorders and an increase in the specific weight of «severe» disability groups have been registered.

Keywords: disability of the population, medical and social evaluation.



Введение. Инвалидность – комплексный социально-экономический показатель, на динамику которого значительное влияние оказывает доступность медицинской помощи населению, выявляемость патологии и своевременность проведения необходимых лечебных мероприятий.

Алтайский край – крупный агропромышленный регион с низким экономическим развитием, большим числом сельских районов, удаленных от краевого центра, низкой плотностью населения и разветвленной сетью первичной медико-санитарной помощи со значительным дефицитом врачебного персонала. В крае наблюдается негативная демографическая ситуация, отмечается старение, высокая смертность и убыль населения. Реализация ограничительных мер, связанных с распространением коронавирусной инфекции, оказала существенное влияние на все вышеуказанные проблемы, в том числе в значительной мере усугубив ситуацию с доступностью медицинской помощи гражданам, обусловив существенное сокращение объемов плановой помощи и снижение выявляемости заболеваний по всем классам болезней, кроме болезней органов дыхания. Принятие Правительством Временного порядка признания лица инвалидом, призванного, с одной стороны, упростить процедуру оформления инвалидности для граждан, а с другой – снизить нагрузку на систему здравоохранения, в определенной мере решило проблему доступности услуги по проведению медико-социальной экспертизы (МСЭ). Тем не менее, как в целом по России, так и в отдельных ее субъектах отмечено существенное снижение числа граждан, впервые направленных на МСЭ в течение 2020-2021 гг. Важным фактором, оказывающим влияние на динамику показателей инвалидности, ее структуру явилось и проведение освидетельствования в заочной форме.

Материал и методы. Проведен анализ сведений форм государственной статистической отчетности № 7-собес и базы данных Федеральной государственной информационной системы «Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы» (ФГИС ЕАВИИАС МСЭ) ФКУ «ГБ МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России за период с 2019 г. по 2021 г.

Результаты. Анализ статистических данных показал, что в Алтайском крае зарегистрировано снижение числа граждан, впервые направленных на МСЭ с 13882 человек в 2019 г., до 11573 человек в 2021 г. Удельный вес граждан, признанных инвалидами, имел тенденцию к росту: с 85,6 % в 2019 г. до 90,7 % в 2021 г.

Частота первичной инвалидности на 10 тыс. населения снизилась с 62,9, в 2019 г. до 56,5 в 2021 г., что с учетом отрицательной динамики числа направленных на МСЭ и увеличившегося в этот период удельного веса признанных инвалидами, еще раз иллюстрирует снижение доступности медицинской помощи. Значимых различий динамики показателей инвалидности в зависимости от места жительства не зарегистрировано. Более выраженная тенденция к снижению уровня инвалидности отмечена в возрастной группе 55 (женщины) / 60 (мужчины) лет и старше. Как и в прежние годы уровень инвалидности в крае оставался выше, чем в среднем по Российской Федерации (РФ).

В течение анализируемого периода в нозологической структуре инвалидности в крае произошли существенные изменения – впервые на третью ранговую позицию вышли психические расстройства, что обусловлено существенным ростом частоты регистрации инвалидности по данной патологии среди лиц пенсионного возраста.

На первом ранговом месте среди причин инвалидности по-прежнему находились злокачественные новообразования. Уровень инвалидности в регионе по этому классу болезней в течение трех лет существенно снизился, но, как и ранее, превышал средний по России. Второе место в структуре инвалидности занимали болезни системы кровообращения. По данному классу болезней также зарегистрирована убыль частоты инвалидности, в основном среди лиц пенсионного возраста; региональные показатели оставались значительно ниже федеральных. На третьем месте в числе причин инвалидности, как уже было сказано выше, в 2021 г. находились психические расстройства. Анализируемые показатели в крае были значительно выше, чем в среднем по России, преимущественно по населению пенсионного возраста.

В 2021 г. в общей численности граждан с впервые установленной инвалидностью преобладали инвалиды третьей группы, наименьший удельный вес составляли инвалиды пер-

вой группы. В динамике за три года в структуре инвалидности произошло существенное снижение удельного веса третьей группы, и рост совокупной доли «тяжелых» групп (первой и второй). Наиболее высокие темпы снижения частоты инвалидности третьей группы зарегистрированы в возрастной группе 55 (женщины) / 60 (мужчины) лет и старше. Уровень инвалидности второй и первой группы практически не изменился.

Анализ первичной инвалидности взрослого населения с учетом ее тяжести выявил, что у жителей Алтайского края основания для установления первой группы инвалидности выявлялись чаще, чем в среднем по РФ, что преимущественно обусловлено высоким числом

случаев установления первой группы вследствие злокачественных новообразований, а также психических расстройств.

Заключение. Таким образом, согласно результатам исследования, в Алтайском крае в условиях реализации ограничительных мер, снижения доступности плановой медицинской помощи населению и изменения федерального законодательства по порядку проведения МСЭ зарегистрировано снижение уровня первичной инвалидности взрослого населения, преимущественно среди лиц пенсионного возраста, а также увеличение в структуре инвалидности доли психических расстройств и рост доли «тяжелых» групп инвалидности.





УДК 614.29

Коновалова Н.А.

НУЖДАЕМОСТЬ В МЕРАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ЗА 2019-2021 ГОДЫ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Томской области» Минтруда России,
г. Томск, Россия*

Аннотация. В публикации приведен анализ потребности в реабилитационных мероприятиях, рекомендованных индивидуальной программе реабилитации или абилитации инвалидов трудоспособного возраста, имеющих последствия цереброваскулярной болезни, освидетельствованных в бюро медико-социальной экспертизы Томской области за период 2019-2021 гг.

Ключевые слова: Индивидуальная программа реабилитации или абилитации (ИПРА), технические средства реабилитации (TCP), мероприятия по профессиональной реабилитации.

Konovalova N.A.

THE NEED FOR REHABILITATION MEASURES FOR DISABLED PEOPLE OF WORKING AGE DUE TO CEREBROVASCULAR DISEASE IN 2019-2021

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of the Tomsk Region, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Tomsk, Russia*

Abstract. The publication provides an analysis of the need for rehabilitation measures recommended in the individual rehabilitation or habilitation program for disabled people of working age with the consequences of cerebrovascular disease, examined by the Bureau of Medical and Social Expertise of the Tomsk region in 2019-2021.

Keywords: Individual rehabilitation or habilitation program (IRHP), technical means of rehabilitation (TMR), measures for vocational rehabilitation.

Введение. Медико-социальная реабилитация (МСЭ) инвалидов является одним из важных направлений государственной социальной политики Российской Федерации (РФ). Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ определяет реабилитацию инвалидов как систему и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Важную социальную значимость реабилитация приобретает в отношении граждан трудоспособного возраста, инвалидность которых наступила вследствие цереброваскулярной болезни, за-

нимающей одно из ведущих ранговых мест в структуре инвалидности как в РФ, так и в Томской области.

Цель исследования. Установить, в каких реабилитационных мероприятиях согласно индивидуальным программам реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА инвалида) наиболее часто нуждаются инвалиды трудоспособного возраста, перенесшие церебральный инсульт.

Материал и методы. Исследование проведено на основании данных форм федерального государственного статистического наблюдения №7-собес «ФКУ ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России; Федеральной государствен-

ной информационной системы «Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы» (ФГИС ЕАВИИАС МСЭ), ИПРА инвалида за 2019-2021 гг. трудоспособного возраста, перенесших церебральный инсульт, прошедших освидетельствование в 2019-2021 гг. (2165 человек). Инвалидами 1-й группы являлись 433 (20 %) гражданина, 2-й группы – 1197 (55,3 %), 3-й группы – 535 (24,7 %).

Результаты. Основными разделами ИПРА инвалида, утвержденной приказом Минтруда России от 13.06.2017 г. № 486н, являются: «мероприятия по медицинской реабилитации», «мероприятия по социальной реабилитации»; «мероприятия по профессиональной реабилитации»; «технические средства реабилитации и услуги за счет средств федерального бюджета (TCP)». Проанализирована потребность инвалидов в каждом виде реабилитационных мероприятий. Согласно представленным данным, у инвалидов потребность в медицинской реабилитации определена в 100 % случаев, в равной степени у инвалидов всех групп.

Последствия цереброваскулярной болезни приводят к серьезным ограничениям в социально-бытовой сфере. Потребность инвалидов в социальной реабилитации также определена в 100 % случаев.

Ведущими нарушениями при последствиях цереброваскулярной болезни являются нарушения статодинамических функций, которые приводят к разной степени ограничений жизнедеятельности, способности самообслуживания и самостоятельного передвижения.

По результатам исследования, ограничения способности к самостоятельному передвижению установлено в 79 % случаев, а ограничения способности к самообслуживанию – в 84 %. В связи с этим важнейшим средством реабилитации и компенсации нарушенных двигательных функций являются TCP. По результатам анализа в различных видах TCP в целом нуждались 67 % инвалидов трудоспособного возраста. Среди всех рекомендаций по обеспечению TCP более 75 % даны инвалидам 1-й и 2-й групп. Наиболее часто были даны рекомендации для обеспечения граждан ходунками на колесах (28 %), креслами-колясками (44 %) и абсорбирующем бельем (53 %).

Одно из основных мест комплекса реабилитационных мероприятий занимает профессиональная реабилитация. В 88 % случаев определена потребность в профессиональной ориентации; в 73 % – содействия в трудоустройстве. Всем инвалидам, нуждающимся в профессиональной реабилитации, были даны рекомендации о противопоказанных и доступных видах труда.

Заключение. Таким образом у инвалидов трудоспособного возраста, имеющих последствия цереброваскулярной болезни, выявлена потребность в мерах медицинской и социальной реабилитации в 100 % случаев, профессиональной реабилитации – в 76 %, в обеспечении TCP – в 67 %. Использование ФГИС ЕАВИИАС МСЭ позволяет проводить мониторинг и контролировать обоснованность и полноту рекомендованных реабилитационных мероприятий.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

*ГУ «Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»,
г. Минск, Беларусь*

Аннотация. Проведено изучение показателей первичного выхода на инвалидность населения в Республике Беларусь за период 2012-2021 гг., которое позволило выявить основные тенденции в структуре и динамике формирования показателей, оценить тяжесть первичной инвалидности, определить ведущие причины инвалидизации у населения Республики Беларусь.

Ключевые слова: первичная инвалидность, уровень первичной инвалидности, тяжесть инвалидности.

Kopytok A.V., Lushchinskaya S.I., Voronets O.A., Zueva A.V., Yakushina N.A.

PECULIARITIES OF PRIMARY DISABILITY AMONG THE POPULATION OF THE REPUBLIC OF BELARUS

*National Scientific and Practical Centre
of Medical Evaluation and Rehabilitation,
Minsk, Belarus*

Abstract. A study of the indicators of the primary disability of the population in the Republic of Belarus in 2012-2021 was performed; it enabled to reveal the main tendencies in the structure and dynamics of the rate formation, to estimate the degree of primary disability, to identify the main causes of disability among the population of the Republic of Belarus.

Keywords: primary disability, level of primary disability, severity of disability.

Введение. Показатели инвалидности являются важным медико-социальным критерием общественного здоровья, поскольку характеризуют уровень социально-экономического развития общества, экологическое состояние территории, качество медицинской и социальной помощи, проводимых профилактических мероприятий.

В Республике Беларусь люди с инвалидностью составляют 6,2 % населения, при этом около 15 % из них являются инвалидами наиболее социально зависимой первой группы.

Материал и методы. Анализировались материалы информационной системы «Инвалидность» за 2012-2013 гг., Республиканской информационно-аналитической системы по медэкспертизе и реабилитации инвалидов Республики Беларусь за период 2014-2021 гг.,

функционирующих на базе Республиканского научно-практического центра медицинской экспертизы и реабилитации.

Результаты. В Республике Беларусь с 2012 г. по 2021 г. было впервые признано инвалидами (ВПИ) 573088 чел. В среднем за год инвалидность определялась у 57309 человек, при уровне первичной инвалидности (ПИ) 60,58 на 10 тыс. населения. За исследуемый период показатель снизился на 16,7 % – с 64,01 на 10 тыс. населения в 2012 г. до 53,33 на 10 тыс. населения в 2021 г. ($p < 0,05$).

В контингенте ВПИ преобладали инвалиды в возрасте 18 лет и старше, составляя в среднем – 93,4 %. На протяжении анализируемого периода регистрировалось уменьшение как абсолютного числа ВПИ (на 20,8 %, с 57493 чел. в 2012 г. до 45524 чел. в 2021 г.), так и уровня

ПИ (на 18,6 %, с 74,39 на 10 тыс. в 2012 г. по 60,58 в 2021 г., $p < 0,001$), при среднегодовом показателе 70,09 на 10 тыс. населения.

В структуре тяжести ПИ взрослого населения в Республике Беларусь на протяжении всего анализируемого периода преобладали инвалиды II группы – 43,4 %. Инвалиды I группы составляли 25,7 %, III группы – 31,0 %. Тяжесть ПИ взрослого населения (суммарный удельный вес инвалидов I и II группы) в среднем за 10 лет составила 69,0 %, при снижении с 71,8 % в 2012 г. до 67,6 % в 2021 г. ($p < 0,001$).

В нозологической структуре ПИ взрослого населения лидирующее место занимали болезни системы кровообращения (42,5 %). Второе ранговое место занимали новообразования (24,1 %). Также существенный вклад в формирование ПИ вносили болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (7,6 %), психические расстройства (5,1 %), болезни нервной системы (4,4 %), травмы (4,2 %).

С 2012 г. по 2021 г. в Республике Беларусь впервые инвалидами было признано 37813 детей, в среднем ежегодно инвалидами становился 3781 ребенок. Среднегодовой уровень ПИ детского населения составил 20,74 на 10 тыс. населения. За анализируемый период отмечался практически ежегодный рост как абсолютного числа ВПИ детей (на 45,6 %, с 3091 до 4503 человек), так и уровня ПИ (на 35,7 %, с 17,80 до 24,15 на 10 тыс. населения, $p < 0,001$).

В Республике Беларусь одновременно с определением инвалидности детям устанавливается I, II, III или IV степень утраты здоровья (СУЗ). Наиболее легкой является I СУЗ, наиболее тяжелой – IV СУЗ. Среди детей, впервые признанных инвалидами наиболее часто уста-

навливалась II СУЗ – в 37,2 % случаев. В 25,5 % случаев устанавливалась III СУЗ, в 25,3 % случаев – I СУЗ. Наиболее тяжелая IV СУЗ в целом за исследуемый период устанавливалась в 12,2 %. Тяжесть ПИ детского населения (суммарный удельный вес детей-инвалидов с III и IV СУЗ) в целом за исследуемый период составила 37,6 %. При этом произошло существенное снижение тяжести ПИ детского населения с 44,7 % в 2012 г. до 35,5 % в 2021 г. ($p < 0,01$).

Основными причинами ПИ у детей являлись врожденные аномалии (23,8 %), психические расстройства (17,6 %), болезни нервной системы (16,5 %). Далее следовали болезни эндокринной системы (11,3 %), новообразования (8,6 %).

Заключение. Таким образом, изучение показателей ПИ населения Республики Беларусь, в период с 2012 г. по 2021 гг., выявило тенденцию к снижению как абсолютного числа ВПИ, так и уровня ПИ как в целом среди всего населения, так и среди взрослого населения. Показатели ПИ среди детского населения имели тенденцию к росту: численность ВПИ детей увеличилась на 45,6 %, уровень ПИ – на 35,7 % ($p < 0,001$).

Отмечена положительная тенденция к снижению тяжести ПИ как взрослого (с 71,8 % до 67,6 %, $p < 0,001$), так и детского населения (с 44,7 % в 2012 г. до 35,5 % в 2021 г., $p < 0,01$) соответственно. Основными причинами первичного выхода на инвалидность среди взрослого населения являлись болезни системы кровообращения, новообразования, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, среди детей – врожденные аномалии, психические расстройства и болезни нервной системы.



**ПЕРВЫЕ ИТОГИ ПРИМЕНЕНИЯ ПОСТАНОВЛЕНИЯ
ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 05.04.2022 № 588
«О ПРИЗНАНИИ ЛИЦА ИНВАЛИДОМ» ПРИ ПРОВЕДЕНИИ
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В
ФКУ «ГЛАВНОЕ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ
ПО Г. МОСКВЕ» МИНТРУДА РОССИИ**

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по г. Москве» Минтруда России,
г. Москва, Россия*

Аннотация. В настоящее время вступило в силу постановление Правительства Российской Федерации от 05.04.2022 г. № 588, утвердившее новые Правила признания лица инвалидом.

Проведен анализ оказания услуги по проведению медико-социальной экспертизы (МСЭ) в ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России (далее – Учреждение) с 01.07.2022 г. по 31.07.2022 г. В указанный период было освидетельствовано 9242 граждан. Из них 894 экспертизы (9,7 %) проведены с личным присутствием гражданина, 8348 экспертиз (90,3 %) проведено без личного присутствия гражданина. Распределение экспертиз с личным присутствием на первичные и повторные освидетельствования составило 41,0 % к 59,0 %. Распределение экспертиз без личного присутствия на первичные и повторные освидетельствования составило 44,0 % к 56,0 %. Следует отметить, что при первичном и повторном освидетельствовании отмечается тенденция к увеличению доли людей, выразивших предпочтение о проведении МСЭ без личного присутствия, что связано с ростом заболеваемости COVID – 19.

При проведении медико-социальной экспертизы в бюро МСЭ подавляющее большинство граждан (их законных или уполномоченных представителей) выразили предпочтение о проведении МСЭ без личного присутствия, их доля составила 93,9 % от общего числа освидетельствованных. Среди людей, освидетельствованных в экспертных составах главного бюро, предпочли заочную форму МСЭ 80,7 % от общего числа). Без личного присутствия гражданина экспертиза проводится лицам, имеющим все необходимые обследования, отражающие степень нарушенных функций организма, и результаты проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: согласие гражданина, медико-социальная экспертиза, программа дополнительного обследования, освидетельствование, инвалид, ЕАВИИАС МСЭ.

Kuzmenko I.O.

**THE FIRST RESULTS OF THE APPLICATION OF THE DECREE
OF THE GOVERNMENT OF THE RUSSIAN FEDERATION
DATED APRIL 05, 2022 № 588 «ON THE RECOGNITION OF A
PERSON AS DISABLED» DURING THE MEDICAL AND SOCIAL
EXAMINATION IN THE FKU «Head of the Federal Bureau of Medical
and Social Expertise of MOSCOW» OF THE MINISTRY**

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of Moscow, Ministry of Labour of the Russian Federation
Moscow, Russia*

Abstract. Currently, the Decree of the Government of the Russian Federation No. 588 of 05.04.2022 has entered into force, approving new Rules for recognizing a person as a disabled person.

The analysis of the provision of medical and social expertise services in the FKU «GB ITU in Moscow» of the Ministry of Labor of Russia (hereinafter referred to as the Institution) from 01.07.2022 to 31.07.2022 was carried out. During the specified period, 9242 citizens were examined. Of these, 894 examinations (9.7 %) were conducted with the personal presence of a citizen, 8348 examinations (90.3%) were conducted without the personal presence of a citizen. The distribution of examinations with personal presence for primary and repeated examinations was 41.0 % to 59.0 %. The distribution of examinations without personal presence for primary and repeated examinations was 44.0 % to 56.0 %. It should be noted that during the initial and repeated examination, there is a tendency to increase the proportion of people who expressed a preference for conducting a medical and social examination without personal presence, which is associated with an increase in the incidence of COVID – 19.

When conducting a medical and social examination at the ITU bureau, the overwhelming majority of citizens (their legal or authorized representatives) expressed a preference for conducting an ITU without personal presence, their share was 93.9 % of the total number of those examined. Among the people examined in the expert composition of the Main Bureau, (80.7 % of the total preferred) the ITU correspondence form. Without the personal presence of a citizen, the examination is carried out to persons who have all the necessary examinations reflecting the degree of impaired body functions and the results of medical and rehabilitation measures.

Keywords: citizen's consent, medical and social expertise, additional examination program, examination, disabled person, ITU EAVIIS.

Введение. В рамках совершенствования нормативного правового регулирования проведения медико-социальной экспертизы в Российской Федерации 01.07.2022 г. вступило в силу постановление Правительства Российской Федерации от 05.04.2022 г. № 588, утвердившее новые Правила признания лица инвалидом.

С целью выявления проблем в практике его применения проведен анализ оказания услуги по проведению медико-социальной экспертизы в ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России (далее – Учреждение) с 01.07.2022 г. по 31.07.2022 г.

Материал и методы. Исследование сплошное, с использованием федеральной государственной информационной системы «Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы» (далее – ЕАВИИАС МСЭ) ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России.

Выкопировка и группировка данных, описательная статистика (вычисление абсолютных, экстенсивных показателей) сравнительный анализ, выявление причинно-следственных связей.

Результаты. Согласно статистическим данным ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России в указанный период проведена медико-

социальная экспертиза 9242 граждан. Из них 894 экспертизы (9,7 %) проведены с личным присутствием гражданина, 8348 экспертиз (90,3 %) проведено без личного присутствия гражданина. Распределение экспертиз в бюро с личным присутствием на первичные и повторные освидетельствования составило 41,0 % к 59,0 %. Распределение экспертиз без личного присутствия на первичные и повторные освидетельствования составило 44,0 % к 56,0 %. Общее количество признанных инвалидами без личного присутствия гражданина по результатам повторного освидетельствования составило 4558 человека (49,3 %), из них: категория «ребенок-инвалид» установлена 552 (5,6 %), инвалидность не установлена 122 (1,3 %), из них лица в возрасте до 18 лет – 8 (6,7 %).

Следует отметить, что при первичном и повторном освидетельствовании преобладает доля граждан, которые освидетельствованы без личного присутствия.

При проведении МСЭ в экспертных составах ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России также преобладали экспертизы без личного присутствия граждан, которые составили 1089 из 1345 экспертиз или 81,0 %.

С личным присутствием гражданина при первичном освидетельствовании в экспертных составах главного бюро признано инвалидами 59 (4,4 %) человек, из них категория «ребенок-

инвалид» установлена 11 (0,8 %); инвалидность не установлена 85 (6,3 %), из которых лица в возрасте до 18 лет составили 25 (1,9 %).

С личным присутствием гражданина при повторном освидетельствовании признано инвалидами 79 (5,9 %) человек, из них категория «ребенок – инвалид» – 3 (0,2 %); инвалидность не установлена в 33 (2,5 %) случаях, из них лица в возрасте до 18 лет – 9 (0,6 %).

При проведении медико-социальной экспертизы в бюро МСЭ подавляющее большинство граждан (их законных или уполномоченных представителей) выразили предпочтение о проведении МСЭ без личного присутствия, их доля составила 93,9 % от общего числа освидетельствованных. Среди граждан, освидетельствованных в экспертных составах главного бюро предпочли заочную форму МСЭ 80,7 % от общего числа.

Несмотря на предпочтение гражданина о проведении МСЭ без личного присутствия, в ряде случаев, в соответствии с п.32 Постановления Правительства РФ № 588н, форма их освидетельствования по решению бюро/экспертного состава была изменена на очную.

В настоящее время утверждена новая форма программы дополнительного обследования (ПДО) и порядок ее заполнения, согласно приказу № 326н от 30.05.2022 г. Число МСЭ, проведенных в бюро с составлением программы дополнительного обследования с личным

участием граждан – 888 (9,6 %), в том числе получено согласие гражданина на выполнение ПДО – 92 (1,0 %), отказ гражданина от выполнения ПДО – 4 (0,04 %). Следует отметить, что без личного участия наблюдается значительный рост – 8354 (90,4 %), где получено согласие гражданина на выполнение ПДО у 613 (6,4 %) граждан, также отмечается отказ гражданина от данной программы – 4 (0,04 %).

Заключение. С 01.07.2022 г. в ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России МСЭ проводится в строгом соответствии с вступившим в силу постановлением Правительства РФ от 05.04.2022 г. № 588 «О признании лица инвалидом».

В структурных подразделениях ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» ведется ежедневный мониторинг соблюдения положений постановления Правительства РФ от 05.04.2022 г. № 588 при проведении МСЭ.

Проводится организационно-методическая работа с председателями врачебных комиссий и врачами-методистами медицинских организаций по вопросу применения постановления Правительства № 588 и передачи направлений на МСЭ.

В подавляющем большинстве случаев медицинских сведений, содержащихся в направлении на МСЭ, достаточно для проведения МСЭ без личного участия гражданина.



АНАЛИЗ ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН, ВПЕРВЫЕ ОБРАТИВШИХСЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ С ЦЕЛЬЮ УСТАНОВЛЕНИЯ ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ ПО ОНКОПАТОЛОГИИ С ЛИСТКОМ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗА 2019-2021 ГОДЫ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Кемеровской области – Кузбассу» Минтруда России,
г. Кемерово, Россия*

Аннотация. Представлена деятельность ФКУ «ГБ МСЭ по Кемеровской области – Кузбассу» Минтруда России за период с 2019 г. по 2021 г.

Ключевые слова: установление группы инвалидности, листок нетрудоспособности.

Lapsar E.D., Sokolova O.A., Lylov M.V.

PANALYSIS OF APPEALS FROM CITIZENS WHO APPLIED FOR MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE FOR THE FIRST TIME IN ORDER TO ESTABLISH A DISABILITY GROUP FOR ONCOPATHOLOGY WITH A DISABILITY CERTIFICATE FOR 2019-2021

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of the Kemerovo region, Ministry of Labour of Russia,
Kemerovo, Russia*

Abstract. The activities of the Head of the Federal Bureau of Medical and Social Evaluation of the Kemerovo Region, Ministry of the Labour of Russia in 2019-2021 are presented.

Keywords: establishing a disability group, disability certificate.

Введение. Отличительной особенностью Кемеровской области-Кузбасса являются: высокая урбанизация, наличие опасных и вредных производств, высокое загрязнение окружающей среды, что является основополагающим фактором в формировании заболеваемости. В Кузбассе отмечается высокий рост онкологических заболеваний среди трудоспособного населения

Материал и методы. Исследование проведено на основании анализа статистических данных формы 7-собес, базы данных Федеральной государственной информационной системы «Единая автоматизированная верти-

кально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы» (ФГИС ЕАВИИАС МСЭ). Методы исследования: статистический и аналитический. Период наблюдения 2019-2021 гг.

Результаты. Всего в Кемеровской области за период 2019-2021 гг. освидетельствовано с онкопатологией 7741 человек. Из них первично – 924 человека (мужчин (м.) – 441, женщин (ж.) – 483), повторно – 6517 (ж. – 3795).

В 2019 г. первично освидетельствованных с листком нетрудоспособности всего 61 человек, из них: м. – 27 (44,3 %), ж. – 34 (55,7 %).

При освидетельствование установлены следующие группы:

- 1 группа – 13 человек (м. – 8, ж. – 5);
- 2 группа – 23 человека (м. – 9, ж. – 14);
- 3 группа – 21 человек (м. – 9, ж. – 12).

В возрасте 18-45 лет в 2019 г. освидетельствовано 9 человек (м. – 3, ж. – 6).

В 2020 г. первично освидетельствованных с листком нетрудоспособности всего 113 человек, из них: м. – 46, ж. – 67;

1 группа – 22 человека (м. – 13, ж. – 9);
 2 группа – 46 человек (м. – 20, ж. – 26),
 3 группа – 42 человека (м. – 11, ж. – 31);
 в возрасте 18-45 лет – 34 человека (м. – 9, ж. – 25).

В 2021 г. всего освидетельствовано 150 человек (м. – 69, ж. – 81);

1 группа – 40 человек (м. – 22, ж. – 18);
 2 группа – 62 человека (м. – 31, ж. – 31);
 3 группа – 43 человека (м. – 15, ж. – 28);
 в возрасте 18-45 лет – 41 человек (м. – 11, ж. – 30).

Заключение. По результатам анализа дел медико-социальной экспертизы граждан, обратившихся с целью установления группы инвалидности по онкологии с листком нетрудоспособности выявлено:

1. Увеличение числа граждан первично освидетельствованных с листком нетрудоспособности – в 2020 г. увеличение на 85 % по сравнению с 2019 г., в 2021 г. увеличение на 32 % по сравнению с 2020 г., всего с 2019 по 2021 гг. – увеличение на 145 %.

2. Из числа первично освидетельствованных с листком нетрудоспособности преобладают граждане возрастной группы старше 45 лет.

В 2019 г. число граждан возрастной группы старше 45 лет составило 85 %, в 2020 г. – 70 %, в 2021 г. – 72,7 %.

3. Соотношение между мужчинами и женщинами остается примерно одинаковое: в 2019 г. число женщин составило 55 %, мужчин – 45 %, в 2020 г. – 59 % и 41 %, в 2021 г. – 54 % и 46 % соответственно;

4. Распределение по группам остается примерно постоянным. Так, в 2019 г.: 1 группа – 22,8 %, 2 группа – 40,4 %, 3 группа – 36,8 %; в 2020 г.: 1 группа – 20 %, 2 группа – 41,8 %, 3 группа – 38,2 %; в 2021 г.: 1 группа – 27,6 %, 2 группа – 42,8 %, 3 группа – 29,7 %.

Однако в 2021 году наблюдается небольшое увеличение 1 группы за счет уменьшения 3 группы.

К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ ПОТРЕБНОСТИ В МЕРАХ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ СТАРШЕ 18 ЛЕТ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Пермскому краю» Минтруда России¹,
ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет
им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России²,
ФГБОУ ВО «Пермский государственный национальный исследовательский университет»³,
г. Пермь, Россия*

Аннотация. В публикации дана оценка потребности лиц с инвалидностью старше 18 лет в комплексной реабилитации по данным главного бюро медико-социальной экспертизы крупного промышленного региона. Анализ разработанных за последние три года индивидуальных программ реабилитации или абилитации позволил определить современную структуру потребности инвалидов в различных видах реабилитации, что важно для обоснования дальнейшего развития реабилитационной инфраструктуры на территории края, уточнения необходимых видов, объемов реабилитационных услуг и планирования расходов на их реализацию.

Ключевые слова: медико-социальная экспертиза, инвалидность, индивидуальная программа реабилитации или абилитации, комплексная реабилитация.

Mavlikaeva Yu.A.^{1,2,3}, Plotnikova O.A.^{1,2}

TO THE ISSUE OF ASSESSING THE NEED FOR COMPREHENSIVE REHABILITATION MEASURES FOR PERSONS WITH DISABILITIES OVER 18 AT THE REGIONAL LEVEL

*Main Bureau of Medical and Social Expertise of the Perm Territory,
Ministry of Labour of the Russian Federation¹,
Perm State Medical University named after Academician E. A. Wagner,
Ministry of Healthcare of the Russian Federation²,
Perm State National Research University³,
Perm, Russia*

Abstract. The publication assesses the need in complex rehabilitation for persons over 18 years with disabilities, according to the data of the head of the federal bureau of medical and social expertise of a large industrial region. An analysis of individual rehabilitation or habilitation programs developed over the past three years made it possible to determine the modern structure of the needs of disabled people in various types of rehabilitation, which is important for substantiating the further development of the rehabilitation infrastructure in the territory of the region, clarifying the types and volumes of rehabilitation services required and planning the costs for their implementation.

Keywords: medical and social expertise, disability, individual rehabilitation or habilitation program, comprehensive rehabilitation.



Введение. Распоряжением Правительства РФ от 18.12.2021 г. № 3711-р утверждена Концепция развития в стране системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов на период до 2025 года, в которой определены задачи, основные направления, этапы и уровни реализации комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

Важное место в системе реабилитации инвалидов занимают учреждения медико-социальной экспертизы, специалисты которых формируют гражданам, признанным инвалидами, индивидуальную программу реабилитации или абилитации (ИПРА). ИПРА является тем организационно-правовым инструментом, который обеспечивает предоставление инвалидам реабилитационных мероприятий медицинского, социального, профессионального характера, технических средств и услуг.

Материал и методы. В связи с этим проведена оценка потребности в реабилитационных мероприятиях лиц старше 18 лет, впервые и повторно признанных инвалидами в Пермском крае, за последние три года (2019-2021 гг.) по данным главного бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ).

Результаты. Ежегодно в региональном главном бюро МСЭ формируется около 30 тыс. ИПРА для инвалидов из числа взрослого населения. В 2020 - 2021 гг. в связи с эпидемической ситуацией по распространению новой коронавирусной инфекцией количество таких программ с учетом автоматического продления на 6 месяцев увеличилось на 12,6 % и 26,4 %, соответственно. На долю программ, разработанных впервые, приходится 31,5 % от общего числа, из них удельный вес инвалидов 1 группы составляет 24,3 %, инвалидов 2 группы – 41,1 %, инвалидов 3 группы – 34,6 %. Доля повторно разработанных ИПРА составляет 68,5 %, в том числе инвалидам 1 группы – 17,7 %, инвалидам 2 группы – 41,5 %, инвалидам 3 группы – 40,8 %.

Анализ потребности инвалидов в различных видах реабилитации свидетельствует, что на протяжении изучаемого периода практически все инвалиды нуждались в медицинской реабилитации (99,9 %). Нуждаемость в реконструктивной хирургии составляла в среднем 2 % ежегодно. Число заключений о нуждаемости в санаторно-курортном лечении увеличилось более чем в 1,5 раза, на долю их приходится 9,8 %. Это связано с наличием данной реко-

мендации в направительных документах медицинских организаций. В то же время в соответствии с действующим законодательством вопросы направления на санаторно-курортное лечение входят в компетенцию медицинских организаций, а не бюро МСЭ.

Доля ИПРА с заключениями о нуждаемости в проведении мероприятий по общему и профессиональному образованию в 2021 г. составила 5,8 %, что несколько больше показателя 2020 г. (5,5 %).

ИПРА с заключениями о нуждаемости в мерах профессиональной реабилитации или абилитации получили 87,5 % лиц трудоспособного возраста (2020 г. – 88 %). При этом нуждаемость в профессиональной ориентации составила 67,9 %, в содействии в трудоустройстве – 70,2 %. Доля рекомендаций по оснащению специального рабочего места для трудоустройства инвалида от общего числа заключений по профессиональной реабилитации составила 5,5 % (2020 г. – 3,6 %). Чаще такие рекомендации формировались инвалидам с нарушениями зрения (28,4 %), опорно-двигательной системы (27 %), слуха (15 %). Высока потребность в производственной адаптации (94,2 % ИПРА с рекомендациями по профессиональной реабилитации), в том числе социально-производственная адаптация рекомендована в 97,9 %, социально-психологическая адаптация – 90,7 % случаев.

Анализ рекомендации по социальной реабилитации показал, что в ней нуждались 99,9 % граждан, признанных инвалидами. Чаще всего в ИПРА отмечалась потребность в мероприятиях по социально-средовой реабилитации (99,9 %), в социокультурной реабилитации нуждались 77,5 %, социально-психологической реабилитации – 69,7 %, мероприятиях по социально-бытовой адаптации – 64,7 % граждан.

Потребность в технических средствах реабилитации достаточно высока, в 2019 г. составляла 41,4 %, а в 2021 г. – 43,3 %. В 2021 г., как и в предыдущий период, чаще рекомендовались такие группы ТСР, как «трости опорные и тактильные, костили, опоры, поручни» (49,5 %), «кресло-коляски с ручным приводом (комнатные, прогулочные, активного типа), с электроприводом, малогабаритные» (26,8 %), «абсорбирующее белье, подгузники» (20,7 %), «протезы и ортезы» (19,4 %).



Заключение. Таким образом, в регионе выявлена высокая нуждаемость инвалидов старше 18 лет в мерах комплексной реабилитации. Полученные материалы о структуре потребности инвалидов в различных видах реабилитации могут быть использованы для обоснова-

ния дальнейшего развития реабилитационной инфраструктуры на территории края, уточнения необходимых видов, объемов реабилитационных услуг и планирования расходов на их реализацию.



УДК 316.4-056.24:165.412.3

Мухаметзянова А.Р.

АНТИНОМИЯ МОДЕЛЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ

*ГКУ РМ «Научный центр социально-экономического мониторинга»
г. Саранск, Россия*

Аннотация. Статья раскрывает особенности взаимодействия моделей инвалидности, акцентируя внимание на их недостатках. Пересматривается исторический экскурс создания моделей, позволяющий утверждать возможность одновременного, а не попеременного их использования. Вместе с тем развитие моделей инвалидности прошло путь не только отвержения предыдущей и главенства последующей, но и путь, когда стало возможным использование достоинств каждой модели. Однако это приводит к антиномии моделей, способствующей дальнейшему поиску рациональной и всеобъемлющей модели инвалидности.

Ключевые слова: модели инвалидности, медицинская модель инвалидности, социальная модель инвалидности, модель инвалидности Аннмари Мол, антиномия моделей, «швы» Вертези.

Mukhametzyanova A.R.

ANTINOMY OF DISABILITY MODELS

*Scientific Centre for Socio-Economic Monitoring,
Saransk, Russia*

Abstract. The article reveals the features of the interaction of disability models, focusing on their shortcomings. The historical excursus of creating models is being reviewed, which makes it possible to assert the possibility of their simultaneous, rather than alternating, use. At the same time, the development of disability models has gone the way not only of the rejection of the previous one and the supremacy of the next, but also the way when it became possible to use the merits of each model. However, this leads to an antinomy of models, which contributes to the further search for a rational and comprehensive model of disability.

Keywords: models of disability, medical model of disability, social model of disability, Annmarie Mol's model of disability, antinomy of models, Vertesi's "seams".

Введение. Современный подход к моделям инвалидности предполагает изучение не только исторической ретроспективы возникновения теорий, но и «точек» конвергенции моделей. Эволюция моделей

инвалидности происходила всегда на основе отвержения концепта предыдущей модели. Общество менялось, а вместе с ним менялось и отношение к лицам с инвалидностью, соответствующее духу времени. В настоящее вре-

мя изучение повседневных практик инвалидности позволяет отметить сосуществование разрозненных компонентов нескольких моделей. Основные модели инвалидности – медицинская и социальная – имеют свои недостатки, выражющиеся в противоречии моделей инвалидности друг другу.

Материал и методы. Использованы методы анализа и синтеза, дедукции и индукции на основе изученных источников литературы, описывающих достоинства и недостатки моделей инвалидности. Из эмпирических методов использовался метод сравнения для рассмотрения противоречий концептуального содержания моделей инвалидности.

Результаты. Медицинская модель изначально провозгласила человека с инвалидностью пациентом, имеющим пожизненный диагноз и необходимость лечения, по сути, превратив в длительно-хронического больного, не работающего и постоянно находящегося дома. Медицинская модель полностью поддерживает патерналистический подход к социальной помощи, человек с инвалидностью признается безнадежно больным и нуждающимся в регулярной опеке. Все это очень ограничивает социальную активность человека, также ограничивая его основные права и свободы, лишая полноценного функционирования в социуме.

Социальная модель оказалась слишком общей и нечувствительной к социальным контекстам. Опыт, приоритеты и потребности людей с инвалидностью в социальной модели оказываются сильно упрощены, сведены к некоему срединному образу, который может не иметь ничего общего с действительными локальными ситуациями и событиями, которые проживает человек с инвалидностью.

Одной из попыток преодолеть недостатки прежде всего социальной модели является модель множественной онтологии А. Мол, которая переносит внимание с презентации (перспективы, значений) заболевания на само тело. Оригинальным решением А. Мол является идея о том, что самого тела в том варианте, в котором его привыкла представлять евро-аме-

риканская философия как некой постоянной и сингуллярной сущности, не существует. Тело появляется и исчезает вместе с теми практиками, в которых оно задействуется.

Заключение. Тело человека с инвалидностью является главным индикатором возможностей взаимодействия моделей инвалидности и одновременно «камнем преткновения» медицинской и социальной моделей инвалидности. Отрицание телесности человека и ее влияния на взаимодействие в обществе приводит к формированию умозрительной модели гипотетического человека с инвалидностью. Центром этой модели является отсутствие воздействия изменений в теле человека с инвалидностью на характер социальных связей и оправдание всех изменений в социальном статусе человека только несправедливой системой доступа к благам и ресурсам общества.

Обе главенствующие модели инвалидности имеют тождественную природу, с одной стороны, акцентируя внимание на определенном аспекте инвалидности, с другой, – оставляя без внимания другие. Антиномичность моделей связана с исторической традицией противоречия нового подхода для того времени предыдущему, когда прежняя практика отношения к лицам с инвалидностью оказывалась неэффективной и изживала себя.

Подход А. Мол может служить ориентиром в исследованиях различных практических контекстов, в которых возникает инвалидность. Смещение акцентов исследований от значений к практикам открывает возможности анализа тех элементов инфраструктуры, которые задействуют инвалидность (бордюры, лестницы и другие «зоны недоступности»).

Определенную пользу в преодолении антиномии разных моделей инвалидности может принести использование концепта «швов» Верзели. Внимание к зонам нестыковки моделей или «швам» позволяет делать заключения об агентности феномена инвалидности с представлением ее многослойной картины, которую только «швы» и способны соединить.



ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИСПОЛНЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА (РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА) В КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2019-2021 ГОДЫ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Томской области» Минтруда России,
г. Томск, Россия*

Аннотация. В публикации приведен детальный анализ исполнения рекомендаций индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида) у граждан, освидетельствованных в бюро медико-социальной экспертизы Томской области за период 2019-2021 гг.

Ключевые слова: индивидуальная программа реабилитации или абилитации (ИПРА).

Oreshin A.A.

THE MAIN INDICATORS OF THE IMPLEMENTATION OF THE RECOMMENDATIONS OF THE INDIVIDUAL REHABILITATION AND HABILITATION PROGRAM FOR A DISABLED PERSON (DISABLED CHILD) IN A COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF THE REHABILITATION SYSTEM FOR THE DISABLED PEOPLE OF TOMSK REGION IN 2019-2021

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of the Tomsk Region, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Tomsk, Russia*

Abstract. The publication provides a detailed analysis of the implementation of the recommendations of the individual rehabilitation and habilitation program for a disabled person (disabled child) among citizens examined by the Bureau of Medical and Social Expertise of the Tomsk Region in 2019-2021.

Keywords: individual rehabilitation and habilitation program (IRHP).

Введение. Система мер, направленная на защиту прав людей с инвалидностью через исполнение реабилитационных мероприятий, создает возможности для самореализации в соответствии с имеющимися потребностями и возможностями граждан в рамках сформировавшихся ограничений жизнедеятельности вследствие травм и заболеваний. Один из важнейших компонентов

системы реабилитации – это учреждения медико-социальной экспертизы (МСЭ), специалисты которых на основании соответствующего анализа выносят экспертное решение и устанавливают потребность в различных видах реабилитации и абилитации в зависимости от наличия у него нарушений здоровья со стойким расстройством функций организма и реабилитационного потенциала, разрабатывая



индивидуальную программу реабилитации и абилитации (далее ИПРА). ИПРА как основной организационно-правовой инструмент обеспечивает предоставление инвалидам реабилитационных мероприятий медицинского, профессионального, социального характера, а также технических средств и услуг и носит рекомендательный характер для инвалида.

Материал и методы. Статистическая база данных граждан, проживающих в Томской области, прошедших освидетельствование в ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России (учреждение), Федеральная государственная информационная система «Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы» (ФГИС ЕАВИИАС МСЭ), индивидуальные программы реабилитации инвалидов (ребенка-инвалида) за 2019-2021 гг.

Результаты. По состоянию на 01.01.2022 г. (по данным ГУ – Отделение Пенсионного фонда Российской Федерации по Томской области) пенсию по инвалидности получают 55744 человека или 5,2 % от населения области. Из них инвалидов старше 18 лет – 50859 человек или 6,0 % от взрослого населения. Среди детского населения численность инвалидов составляет 4885 человек или 2,2 % от численности детского населения.

В 2019 г. разработано ИПРА всего – 8874, из них нуждающихся в ТСР – 4342 (48,9 %). В том числе разработано ИПРА инвалидам первой группы за 2019 г. – 1587 (19,7 %), второй группы – 2961 (36,8 %), третьей группы – 3488 (43,5 %).

В 2020 г. разработано ИПРА всего – 10253, из них нуждающихся в ТСР – 4794 (46,8 %). В том числе разработано ИПРА инвалидам первой группы за 2019 г. – 1628 (17,6 %), второй группы – 3567 (38,6 %), третьей группы – 4045 (43,8 %).

В 2021 г. разработано ИПРА всего – 12218, из них нуждающихся в ТСР – 6211 (50,8 %). В том числе разработано ИПРА инвалидам первой группы за 2021 г. – 1808 (17,8 %), второй группы – 4302 (35,2 %), третьей группы – 5239 (47,0 %).

Эффективность исполнения ИПРА, разработанных гражданам старше 18 лет имеет тенденцию к снижению. Полное восстановление нарушенных функций в 2019 году зафиксировано в 47 случаях (0,9 %), в 2020 г. – 7 (0,2 %), в

2021г. – 4 (0,1 %). Темп снижения в сравнении с 2019 г. составил 0,8 %. Полное восстановление социально-средового статуса в 2019 г. отмечено у 52 инвалидов (1,0 %), в 2020 г. – 6 (0,2 %), в 2021 г. – 1 (0,01 %). Темп снижения в сравнении с 2019 г. составил 0,9 %. Полное восстановление социально-бытового статуса в 2019 г. у 236 (7,0 %), в 2020 г. – 52 (1,9 %), в 2021 г. – 36 (1,1 %). Полное восстановление профессионального статуса в 2019 г. зарегистрировано у 47 человек (1,8 %), в 2020 г. – 22 (0,8 %), в 2021 г. – 22 (0,6 %). Положительные результаты в восстановлении нарушенных функций организма отсутствовали в 2019 г. у 4504 (86,2 %) граждан, в 2020 г. – у 4599 (90,3 %), в 2021 г. – у 4626 (90,7 %). Не отмечено положительного результата в восстановлении социально-средового статуса за 2019 г. у 4103 (78,0 %) инвалидов, в 2020 г. – у 4465 (85,1 %), в 2021 г. – у 4325 (81,8 %). Отсутствовали результаты восстановления профессионального статуса в 2019 г. – у 2210 (82,6 %) граждан, в 2020 г. – у 2436 (87,3 %), в 2021 г. – у 2987 (86,1 %).

Показатели полного восстановления нарушенных функций у лиц, не достигших 18 лет, имели тенденцию к снижению. Так, полного восстановления нарушенных функций в 2019 г. добились 6 (0,5 %) граждан, в 2020 г. – только 2 (0,2 %), в 2021 г. – 2 (0,2 %). Снижение на 0,3 % в сравнении с 2019 г.

Полное восстановление социально-средового статуса в 2019 г. зафиксировано у 13 (1,0 %) детей, в 2020 г. – у 2 (0,2 %), в 2021 г. – у 2 (0,2 %). Полного восстановления социально-педагогического статуса добились в 2019 г. у 44 (3,4 %) детей; в 2020 г. – у 15 (2,1 %), в 2021 г. – у 14 (1,8 %). Полное восстановление социально-бытового статуса зафиксировано в 2019 г. у 27 (2,1 %) граждан, в 2020 г. – у 10 (4,5 %), в 2021 г. – у 22 (6,6 %). Положительные результаты отсутствовали в восстановлении нарушенных функций в 2019 г. у 1089 (83,9 %) детей-инвалидов, в 2020 г. – у 808 (83,5 %), в 2021 г. – у 840 (80,8 %). Не достигнуто положительных результатов восстановления социально-средового статуса в 2019 г. в 579 (44,5 %) случаях, в 2020 г. – в 423 (44,0 %), в 2021 г. – в 495 (48,1 %). Восстановление социально-психологического статуса не зафиксировано в 2019 г. в 621 (47,8 %) случае, в 2020 г. – в 457 (49,1 %), в 2021 г. – в 526 (52,4 %). По сравнению с 2019 г. восстановление социально-педа-



гогического статуса детей-инвалидов в 2021 г. с отсутствием положительных результатов увеличилось на 19,9 %, восстановление социально-бытового статуса – на 3,6 %.

Заключение. За период 2019-2021 гг. наблюдается снижение основных показателей

эффективности исполнения рекомендаций ИПРА, разработанных гражданам всех возрастных категорий, освидетельствованных в ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России.



УДК 616.441-006.6

Пузин С.Н.¹, Шургая М.А.², Погосян Г.Э.³

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, РАНГОВОЕ МЕСТО В СТРУКТУРЕ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ И АКТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ С УЧЕТОМ НОЗОЛОГИЧЕСКОГО АСПЕКТА

ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реанимации и реабилитологии»¹,
«Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»²,
«Городская клиническая больница им. Е.О.Мухина
Департамент здравоохранения г. Москвы»³,
г. Москва, Россия

Аннотация. Представлены результаты анализа ранговой значимости злокачественных новообразований (ЗНО) в структуре инвалидности взрослого населения в Российской Федерации. В нозологической структуре заболеваемости населения ЗНО отмечается возрастание когорты лиц, страдающих раком щитовидной железы. Оценена эффективность миниинвазивной видеоассистированной тиреоидэктомии в ранней медико-социальной реабилитации при раке щитовидной железы.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, щитовидная железа, рак, инвалидность, медико-социальная реабилитация, МИВАТ.

Puzin S.N.¹, Shurgaya M.A.², Pogosyan G.E.³

MALIGNANT NEOPLASMS IN THE RUSSIAN FEDERATION, RANKING PLACE IN THE STRUCTURE OF DISABILITY OF THE POPULATION AND CURRENT APPROACHES TO EARLY MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION, TAKING INTO ACCOUNT THE NOSOLOGICAL ASPECT

Federal Scientific and Clinical Centre of Resuscitation and Rehabilitation¹,
Russian Medical Academy of Continuous Professional Education²,
E.O. Mukhin City Clinical Hospital of the Moscow City Healthcare Department³,
Moscow, Russia

Abstract. The results of the analysis of the rank significance of malignant neoplasms (MN) in the structure of disability of the adult population in the Russian Federation are presented. In the nosological structure of the incidence of MN in the population, there is an increase in the cohort of people suffering from thyroid cancer. The effectiveness of minimally invasive video-assisted thyroidectomy in early medical and social rehabilitation for thyroid cancer was evaluated.

Keywords: Malignant neoplasms, thyroid gland, cancer, age, disability, medical and social rehabilitation, MIVAT.

Введение. В настоящее время повсеместно отмечается подъем заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО). Прогнозируется рост распространенности ЗНО к 2045 г. на 47 % (28,4 млн. новых случаев в год). ЗНО ассоциируются с проблемой поздней диагностики, значительными нарушениями функций пораженных органов и организма в целом и ограничением различных видов жизнедеятельности. Остаются высокими и показатели смертности. В нозологической структуре заболеваемости населения ЗНО отмечается возрастание когорты лиц, страдающих раком щитовидной железы.

Цель. Анализ ранговой значимости ЗНО в структуре инвалидности взрослого населения в Российской Федерации и оценка эффективности методов ранней медико-социальной реабилитации в аспекте растущей заболеваемости раком щитовидной железы.

Материал и методы. Была осуществлена эпидемиологическая диагностика на основе ретроспективного анализа динамики, уровня, возрастных особенностей и тяжести инвалидности взрослого населения вследствие ЗНО в Российской Федерации (2008-2019 гг.). Также проведено выборочное исследование с включением в клинико-экспертную группу 2823 пациентов с различными заболеваниями щитовидной железы, оперированных на базе хирургического отделения ГБУЗ ГКБ им Е.О. Мухина ДЗМ в 2014-2020 гг. При гистологическом исследовании операционного материала в 20,3 % случаях диагностировали различные формы высокодифференцированного рака щитовидной железы. Таким образом, в общехирургическом отделении были оперированы пациенты без ранее установленного онкологического диагноза. Применили две методики хирургического вмешательства: традиционную (классическую) из доступа по Кохеру и миниинвазивную видеоассистированную тиреоидэктомию (МИВАТ) (Miccoli P., Berti P., Materazzi G. et al. 2004) в комплексе с методи-

ками «Быстрого пути» (fast track rehabilitation) и «Ускоренного восстановления после операции» (Enhanced recovery after surgery). Больные с подтвержденным послеоперационным диагнозом рака щитовидной железы стратифицировались по трем категориям возрастающего риска на основе параметров, связанных с опухолью (рTNM и гистологический вариант), интегрированных с другими клиническими признаками [Cooper D.S. et al., 2009, Pacini F. et al., 2010, Haugen B.R. et al., 2016, Filetti S. et al., 2019]. Подавляющее большинство пациентов были женщины.

Результаты. Оценка структуры первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации свидетельствует, что преобладали впервые признанные инвалидами (ВПИ) вследствие ЗНО – 222,3 тыс. человек (35 % от общей численности инвалидов в 2019 г.). Динамика характеризовалась негативной тенденцией. Суммарно ЗНО вместе с болезнями системы кровообращения (БСК) (184,4 тыс. человек, 29,0 %) и болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (БКМС) (35,5 тыс. человек, 5,6 %) формировали 69,6 % общей численности ВПИ. Инвалиды вследствие ЗНО преобладали во всех возрастных контингентах, составляя среди пожилых ВПИ – 39,3 % (БСК – 33,6 %), среди ВПИ среднего возраста – 32,9 % (БСК – 31,1 %), среди ВПИ молодого возраста – 23,3 % (БСК – 10,0 %). Наиболее высокое значение имел уровень распространения II группы инвалидности (17,1 на 10 000 населения пожилого возраста), тогда как уровень инвалидности I группы был ниже (11,9). Показатель распространения инвалидности III группы регистрировался на уровне 9,0 на 10000 населения пожилого возраста. Сравнительный анализ выявил, что первичную инвалидность вследствие класса БСК характеризует противоположная дифференциация по группам инвалидности: уровень инвалидности III группы выше (15,1), чем распространение

ние инвалидности II группы (9,8), а также – I группы (7,6 на 10 000 тыс. населения).

В выборочной клинико-экспертной группе больных с раком щитовидной железы средняя продолжительность госпитализации после традиционной тиреоидэктомии составила $6,5 \pm 0,5$ койко-дней, а после МИВАТ – $3,2 \pm 0,4$ ($p < 0,001$). Длительность нетрудоспособности после традиционной тиреоидэктомии достигала в среднем 21 день ($p = 0,007$), тогда как у оперированных МИВАТ больных – 10 дней. Ранняя стратификация риска рецидива у больных раком щитовидной железы на стационарном этапе позволила проводить маршрутизацию пациентов – назначение гормонзаместительной терапии препаратами левотироксина пациентам с низким риском и направление на радиодтерапию пациентов с промежуточным и высоким риском. Эта стратегия позволяет больным с низким риском рецидива вернуться к трудовой деятельности до постановки на учет к онкологу, а больных с промежуточным и высоким риском раньше направить к радиологу на лечение, что обуславливает сокраще-

ние срока нетрудоспособности (с 3-4 месяцев до 28-35 дней).

Заключение. ЗНО занимают первое рейтинговое место в нозологической структуре первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации.

При раке щитовидной железы МИВАТ в комплексе с методиками «Быстрого пути» и «Ускоренного восстановления после операции» является малотравматичным органосохраняющим эффективным оперативным методом хирургической реабилитации с бесспорным косметическим эффектом.

Представляется целесообразным проведение скрининга щитовидной железы в ходе диспансеризации населения. Цель программы ранней диагностики рака щитовидной железы с включением ультразвукового исследования (УЗИ) мониторинга в дорожную карту диспансеризации населения – выявлять клинически значимые опухоли, которые могут быть излечены (первичная профилактика инвалидности).



ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА И ОЦЕНКА ОБЪЕМА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В РАМКАХ ГАРАНТИРОВАННЫХ ГОСУДАРСТВОМ МЕР СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Республике Татарстан (Татарстан)» Минтруда России¹,
Казанская государственная медицинская академия –
филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России²,
г. Казань, Россия*

Аннотация. Рассмотрены медико-статистические показатели инвалидности граждан, первично в 2021 г. признанных инвалидами вследствие перенесенного инсульта, в Республике Татарстан. Установлен значительный объем реабилитационных мероприятий, финансируемых из федерального бюджета. Показана необходимость профилактики инсультов для сокращения расходов.

Ключевые слова: Республика Татарстан, сердечно-сосудистые заболевания, инсульт, медицинская реабилитация.

Sabirova E.R.¹, Nizamov R.H.¹, Akhmedova G.M.²

STUDY OF DISABILITY INDICATORS DUE TO STROKE AND ASSESSMENT OF THE VOLUME OF REHABILITATION MEASURES WITHIN THE STATE-GUARANTEED SOCIAL SUPPORT MEASURES

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of the Republic of Tatarstan, Ministry of Labour of the Russian Federation¹,
Kazan State Medical Academy Affiliated Branch
of the Russian Medical Academy of Continuous Professional Education,
Ministry of Healthcare of the Russian Federation²,
Kazan, Russia*

Abstract. The medical and statistical indicators of disability of citizens who were registered as disabled due to a stroke in the Republic of Tatarstan in 2021 are considered. A significant amount of rehabilitation measures financed from the federal budget has been established. The necessity of stroke prevention in order to reduce costs is shown.

Keywords: Republic of Tatarstan, cardiovascular diseases, stroke, medical rehabilitation.

Введение. Инсульт является одной из основных причин гибели клеток головного мозга вследствие прекращения доступа кислорода и питательных веществ. Последствия перенесенной сосудистой катастрофы не только влияют на продуктивность интеллекту-

альной деятельности, но и могут вызвать потерю основных навыков самообслуживания, передвижения и трудовой деятельности.

Материал и методы. Изучены медико-статистические показатели инвалидности граждан, признанных инвалидами в Федеральном

казенном учреждении «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан (Татарстан)» Минтруда России (далее Главное бюро) в 2021 году. Критериями включения в исследование являлись: перенесенный инсульт, возраст старше 18 лет, признание инвалидом первично.

Результаты. В исследование включены 1254 человека, 771 мужчина и 483 женщины. Большинство направлено на освидетельствование медицинской организацией (98,5 %). Городские жители составили 76,2 %. Самому старшему 97 лет. Доля инвалидов первой группы составила 42,7 %, второй группы – 29,3 %, третьей группы – 28,0 %. Группа инвалидности определена без срока переосвидетельствования в 40,4 % случаев. Большинство инвалидов не имели трудовой направленности – 79,9 %. Основной категорией жизнедеятельности, которая была ограничена у данной категории лиц, – способность к трудовой деятельности (100 % исследуемых). У 97,0 % исследуемых была ограничена способность к самообслуживанию, у 95,0 % – способность к самостоятельному передвижению. Способность к общению была ограничена у 23,1 %, способность к ориентации – у 3,7 %, способность к контролю за своим поведением – у 1,6 %, способность к обучению – у 0,7 % исследуемых. Каждому лицу, признанному инвалидом, разрабатывалась ин-

дивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида) (далее ИПРА). В медицинской реабилитации нуждались 100 % инвалидов данной группы; 93,1 % исследуемым при разработке ИПРА внесена нуждаемость в обеспечении техническими средствами реабилитации (далее ТСР) за счет средств федерального бюджета. Лишь 34,3 % исследуемых рекомендован один вид ТСР, чаще всего это та или иная модель трости (29,4 %). В остальных случаях (65,7 %) рекомендовались 3 и более ТСР. Основной потребностью инвалидов в исследуемой группе являлась компенсация нарушенных функций мочевыделительной системы – 34,8 % нуждались в обеспечении подгузниками и средствами ухода за кожей.

Заключение. Большинство граждан, призванных инвалидами вследствие перенесенного инсульта, ограничены в самообслуживании, передвижении, трудовой деятельности, нуждаются в ТСР, что тяжелым бременем ложится на плечи государства. Создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества требует значительного финансового обеспечения из федерального бюджета. Своевременная профилактика острых сосудистых катастроф позволила бы значительно сократить расходы на компенсацию их последствий.



СОСТОЯНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ У ДЕТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА В ПЕРИОД 2019-2021 ГОДОВ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Республике Тыва» Минтруда России,
г. Кызыл, Россия*

Аннотация. Заболеваемость детей туберкулезом считается важным прогностическим эпидемиологическим показателем, отражающим общую эпидемическую ситуацию по туберкулезу в стране. Это связано с тем, что туберкулез у детей возникает чаще всего непосредственно после контакта с источником инфекции. Однако для установления диагноза «туберкулез» у детей часто используются субъективные критерии, поэтому показатель заболеваемости лиц данной возрастной группы в значительной степени зависит от организации выявления и подходов к регистрации случаев заболевания.

По оценочным данным ВОЗ, в 2019 г. заболели туберкулезом 10,0 млн. человек (9,0-11,1 млн.): из них 1,0 млн. детей (0-14 лет); умерли – 1,6 млн., из них детей (0-14 лет) – 233 000, среди которых 80 % – дети до 5 лет, 17 % (39 000) – с ВИЧ-инфекцией. В настоящее время в РФ отмечается стойкая положительная динамика эпидемической ситуации по туберкулезу у детей. В течение последних пяти лет отмечается значительное снижение заболеваемости туберкулезом: с 12,4 на 100 000 в 2015 г. до 6,2 на 100 000 в 2020 г. детей 0-14 лет; заболеваемость детей 15-17 лет вдвое превышает заболеваемость детей 0-14 лет.

Ключевые слова: заболеваемость туберкулезом, дети-инвалиды, первичное освидетельствование, структура инвалидности, возрастные группы, иммунодиагностика.

Seren-ool A.D.-M.

THE STATE OF PRIMARY DISABILITY AMONG CHILDREN DUE TO TUBERCULOSIS IN 2019-2021 IN THE REPUBLIC OF TYVA

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of the Republic of Tyva, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Kyzyl, Russia*

Abstract. The incidence of tuberculosis in children is considered an important prognostic epidemiological indicator that reflects the overall epidemic situation of tuberculosis in the country. This is due to the fact that tuberculosis in children most often occurs immediately after contact with a source of infection. However, to establish the diagnosis of tuberculosis in children, subjective criteria are often used, so the incidence rate in people of this age group largely depends on the organization of detection and approaches to registering cases of the disease.

According to WHO estimates, 10.0 million people (9.0-11.1 million) fell ill with tuberculosis in 2019: 1.0 million of them were children (0-14 years old); 1.6 million died, of which 233,000 were children (0-14 years old), among which 80% were children under 5 years old, 17% (39,000) were HIV-infected. At present, there is a persistent positive dynamics of the epidemic situation in children with tuberculosis in the Russian Federation. Over the past five years, there has been a significant decrease in the incidence of tuberculosis: from 12.4 in 2015 to 6.2 per 100,000 children aged 0-14 in 2020; the incidence of children aged 15-17 is twice the incidence of children 0-14 years.

Keywords: incidence of tuberculosis, children with disabilities, primary examination, structure of disability, age groups, immunodiagnostics.

Ведение. В Республике Тыва проблема инвалидности у детей вследствие туберкулеза стала актуальной и социально значимой, так как в большинстве случаев инвалидами признаются дети из семей с низким уровнем жизни, которые имеют близкородственные и семейные контакты с больным туберкулезом. В связи с высокой распространенностью коронавирусной инфекции в республике и проведением противоэпидемических мероприятий, в том числе и ограничительных мер по выявлению и лечению больных туберкулезом, в 2020 г. отмечен рост инвалидности среди детского населения Республики Тыва, что стало причиной проведения анализа детской инвалидности вследствие туберкулеза за период 2019-2021 гг. по Республике Тыва (РТ).

По отчетным данным (форма № 7-Д (собес)), за 2020 год по учреждению отмечен значительное увеличение инвалидности по туберкулезу у детей: в 2020 г. уровень по РТ составил 1,2, а в 2019 и 2021 гг. – 0,6 и 0,5 соответственно (по Российской Федерации этот показатель 0,1). Между тем, увеличивается доля детей, больных туберкулезом с лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза (МБТ). Лечение лекарственно-устойчивого туберкулеза у детей представляет определенные сложности в силу ограниченных возможностей применения лекарственных средств.

По данным Федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов» (ФГИС ФРИ), на 01.01.2022 г. по Республике Тыва численность детей, имеющих категорию «ребенок-инвалид» составила 2646 человек. Доля детей-инвалидов от общего количества инвалидов республики составляет 12,6 %.

Материал и методы. Анализ проведен на основании сведений формы федерального государственного статистического наблюдения № 7-Д (собес), базы данных ЕАВИИАС МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Тыва» Минтруда России, статистических сборников ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России. Методы исследования: выгрузка сведений, сравнительно-аналитический анализ. Период исследования: 2019 – 2021 гг.

Результаты. Уровень первичной инвалидности среди детского населения Республики Тыва с 2017-2018 годы был выше показателей Российской Федерации (РФ) и Сибирского фе-

дерального округа (СФО) (24,7 % и 23,7 % в 2018 г.). Этот показатель с 2019 г. претерпел существенные изменения в сторону уменьшения с 25,8 % до 19,7 %. По РФ и СФО уровень первичной инвалидности среди детей в 2020 г. составил соответственно 23,1 % и 17,8 %. В 2020 году уровень первичной инвалидности детского населения снизился в 1,1 раза в сравнении с 2019 г., а в 2021 г. этот показатель достиг уровня 2019 г. – 19,7 %.

В структуре первичной детской инвалидности за анализируемый период лидирующую позицию в основном занимают врожденные аномалии развития (далее – ВАР) и болезни нервной системы. В 2019 г. первое ранговое место заняли болезни нервной системы, их доля составила 5,3, а в 2020 г. и 2021 г. преобладали врожденные аномалии развития: 4,1 % и 5,7 % соответственно. Психические расстройства и расстройства поведения в 2019 г. занимали третье место после ВАР (5,0 %), в 2020 г. поднялись на второе ранговое место, где удельный вес увеличился в 1,7 раз (с 2,4 % до 4,1 %). Это объясняется результатом проведения планомерной работы специалистов ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Тыва» Минтруда России с врачами-неврологами и детскими психиатрами Республики Тыва, так как первично врачами-неврологами эти дети направлялись на МСЭ с диагнозом «Органическое поражение центральной нервной системы» или «Другие уточненные поражения головного мозга». В 2021 г. данная нозология заняла третье место, где доля составила 3,1 %.

В 2020 г. впервые на четвертом месте инвалидность вследствие туберкулеза у детей с долей 1,2 %, в 2019 г. – 0,5 %. Вызывает тревогу рост первичной инвалидности детей от туберкулеза (15 детей против 7 в 2019 г.), уровень инвалидности в данной нозологической форме в динамике стал выше в 2,4 раза по сравнению с 2019 г., и выше уровня РФ в 12 раз (РТ – 1,2 на 10 тыс. детского населения, в РФ – 0,1). Затем в 2021 году произошло резкое снижение до 0,5, что объясняется с введением карантинных мер по КОВИД-19 в 2020-2021 гг. и временной приостановкой плановой работы поликлинического звена медицинских организаций, вследствие чего плановые иммунодиагностика и медицинские осмотры среди детей и подростков не проводились.

При анализе структуры туберкулеза у детей

превалирующей формой заболевания являлся туберкулез органов дыхания, у 1-го ребенка в 2020 году была зарегистрирована внелегочная форма (туберкулез костей). Среди легочных форм туберкулеза (доля которых с 2019 года по 2021 год увеличилась с 42,8 до 66,7) лидирующую позицию занимал инфильтративный туберкулез.

Ухудшение социально-экономических условий жизни населения осложняет эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу и ведет к увеличению остро прогрессирующих и осложненных форм среди взрослого населения, как следствие ухудшения клинических форм туберкулеза у детей. В данных условиях большему риску возникновения заболевания подвержены дети из семейного очага инфекции, так как они находятся в тесном и длительном контакте с близкими родственниками. Так, при детальном изучении анамнеза, большая часть детей инвалидов имели близкородственный семейный контакт (67,9 %), а у 32,1 % контакт с туберкулезными больными неизвестен. Следует отметить, что 60,7 % детей имели осложненные и распространенные формы заболевания с бактериовыделением, множественной и широкими лекарственно устойчивыми формами туберкулеза; у 39,3 % отмечались отрицательные результаты исследований биоматериалов на микобактерии туберкулеза.

В 89,3 % случаев имелись выраженные нарушения функций дыхательной системы, в 7,1 % – умеренные нарушения функций дыхательной системы; умеренные нарушения и выраженные нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций вследствие генерализованной формы туберкулеза с поражением головного мозга – по 7,2 % соответственно.

Социальный статус семей оценивался по совокупности данных о месте и условиях проживания, профессионально-трудовой направленности родителей, уровне материального достатка, состава семьи. У изучаемого контингента детей большинство семей имели низкий и средний уровень жизни. Только 57,2 % первично признанных инвалидами детей проживали в полных семьях. Доля проживающих в неполных семьях – 21,4 %, столько же детей проживали в приемных семьях с опекунами, так как у некоторых родители умерли от туберкулеза.

Среди первично признанных детей ин-

валидами вследствие туберкулеза у 57,1 % заболевание было выявлено в результате целенаправленной диагностики по выявлению туберкулеза в связи с контактом с больным туберкулезом, семейным анамнезом, гиперergicеской реакции в результате реакции Манту или диаскинеста, при прохождении флюорографического обследования; меньше половины – в результате самостоятельного обращения в лечебное учреждение в связи с предъявлением жалоб (интоксикационным синдромом).

За последние три года стабильно превалируют дети в возрастной категории с 15 лет и старше (18, доля их в совокупности составила 64,3 %), далее в возрастной категории с 8 до 14 лет – 8 28,6 %. Детей в возрасте от 4 до 7 лет – 1, от 0 до 3 лет – 1. В 2020 году одному ребенку в возрасте 3 лет первично была установлена категория «ребенок-инвалид». Ребенок был из полной многодетной семьи, имел контакт с тетей, которая болела туберкулезом легких. Заболевание диагностировано в результате постановки реакции Манту.

По месту проживания в 2019 году доля сельских детей больше (57,1 % против 42,9 % городских), в 2020 году доля городских детей стала больше, чем сельских – 60,0% и 40,0% соответственно, а в 2021 году их доли сравнились.

Заключение. Таким образом, результаты выполненного анализа свидетельствуют о том, что за анализируемый период с 2018 года по 2021 год по Республике Тыва показатель первичной детской инвалидности претерпел существенные изменения в сторону уменьшения с 25,8 до 19,7 в расчете на 10 тысяч человек. Серьезной проблемой является рост показателя первичной детской инвалидности вследствие туберкулеза с 0,6 до 1,2; приводящие к инвалидизации детей больных туберкулезом и затрудняющие их реабилитацию, такие факторы, как распространенность процесса, наличие бактериовыделения, деструкция легочной ткани, лекарственная устойчивость, функциональные нарушения, значимо влияющие на растущий организм; низкий социально-экономический уровень жизни.

Полученные в исследовании данные указывают на необходимость совершенствования методов предупреждения детской инвалидности, дальнейшей ранней диагностики туберкулеза у детей, в особенности детей с семейным тесным контактом с туберкулезными больными,



а также внедрение эффективных профилактических и лечебных технологий на территории республики с целью снижения заболеваемости и инвалидности детей.



УДК 314.44+617.582-089.873 Спиридонова В.С., Мартынова О.Г., Коренкина Н.О.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И ВОПРОСЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ АМПУТАЦИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт
усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация. Проведен анализ инвалидности и реабилитационных возможностей инвалидов с ампутациями конечностей за 7 лет. Лидирующее место среди причин ампутаций занимают заболевания периферических сосудов и травмы костно-мышечной системы. Для проведения комплексной реабилитации инвалидов с ампутациями вследствие сосудистой патологии необходимо учитывать биопсихосоциальную модель функционирования.

Ключевые слова: медико-социальная экспертиза, реабилитация, ампутация, заболевания периферических сосудов.

Spiridonova V.S., Martynova O.G., Korenkina N.O.

MEDICAL AND SOCIAL EVALUATION AND ISSUES OF COMPREHENSIVE REHABILITATION IN LIMB AMPUTATIONS

*Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical Experts,
Ministry of the Labour of the Russian Federation,
St. Petersburg, Russia*

Abstract. The analysis of disability and rehabilitation opportunities of disabled people with limb amputations for 7 years has been carried out. Peripheral vascular diseases and injuries of the musculoskeletal system occupy a leading place among the causes of amputations. To carry out comprehensive rehabilitation of disabled people with amputations due to vascular pathology, it is necessary to take into account the biopsychosocial model of functioning.

Keywords: medical and social expertise, rehabilitation, the amputations, peripheral vascular disease.

Введение. Критерии медико-социальной экспертизы (МСЭ) и вопросы комплексной реабилитации у инвалидов с ампутационными культурами остаются актуальной

проблемой.

Поскольку ограничения жизнедеятельности у инвалидов с ампутациями конечностей в большинстве случаев формируют специфи-

ческие изменения сознания, характеризующиеся установками на пассивное отношение к изменению жизненной ситуации, депрессией, работа по преодолению таких установок предполагает, наряду с расширением двигательной активности, увеличение коммуникативных связей и вовлечение инвалидов в активную общественную деятельность.

Эффективная реабилитация невозможна без изучения потребности в медико-социальной помощи, адекватных мер комплексной (медицинской, психологической и социальной) реабилитации. Биопсихосоциальный подход к реабилитации инвалида учитывает уровень функционального поражения, потенциал для восстановления индивидуальной функции, функционирования личности или предотвращение дальнейшего ограничения деятельности, а также факторы окружающей среды, влияющих на жизнь человека.

Материал и методы. Нами изучены состояние и структура инвалидности лиц с ампутационными дефектами конечностей по статистическим данным Главного бюро МСЭ по Ленинградской области за 7-летний период.

Результаты. За период с 2014 по 2020 гг. прошли освидетельствование всего 2381 пациентов в возрасте 18 лет и старше с ампутационными дефектами, из них группа инвалидности определена бессрочно 1812 человек. В структуре групп инвалидности лиц с ампутационными дефектами инвалидами первой группы являлись 521 (21,9 %) человек, второй группы – 1247 (52,4 %) и третьей группы – 613 (25,7 %). Лица пенсионного возраста составили 61,4 %, а доля лиц трудоспособного возраста – 38,6 %. Основными причинами ампутаций были заболевания периферических сосудов – 1221 (51,3 %), травмы и заболевания костно-мышечной системы – 903 пациентов (37,9 %), осложнения

сахарного диабета – 240 (10,1 %); у 17 (0,7 %) были врожденные аномалии развития. За весь период наблюдений среди причин ампутаций лидировало заболевание сосудов. Всем инвалидам была составлена индивидуальная программа реабилитации и абилитации с назначением протезно-ортопедических изделий. Сроки обращения с целью первичного протезирования после ампутации нижних конечностей значительно различались в зависимости от причин ампутации. Так, у лиц пожилого возраста, страдающих заболеваниями сосудов нижних конечностей, составляли в среднем от 6-8 месяцев до 1 года и более. За протезированием чаще обращались мужчины – 71,8 %. Продолжают передвигаться на кресле-коляске 74,3 % инвалидов.

Пассивное отношение к изменению жизненной ситуации, депрессии после ампутаций отрицательно влияют на отдаленные результаты протезирования и качество жизни инвалидов. Позднее обращение на протезирование, социальная изоляция, психо-эмоциональные расстройства инвалидов с сосудистой патологией являются основным препятствием для улучшения повседневной активности с позиций международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Это еще раз доказывает необходимость в комплексной реабилитации с учетом биопсихосоциальной модели функционирования для преодоления или сглаживания функциональной недостаточности, устранения или уменьшения барьеров окружающей среды, которую выбирает сам пациент.

Заключение. Позднее обращение на протезирование, социальная изоляция, психо-эмоциональные расстройства инвалидов с сосудистой патологией являются основным препятствием для улучшения повседневной активности с позиций МКФ.



ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА В ПЕРИОД 2017-2021 ГОДОВ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Республике Тыва» Минтруда России,
г. Кызыл, Россия*

Аннотация. Анализ инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения среди взрослого населения Республики Тыва за период 2017-2021 гг. показал, что в первые 3 года исследования уровень инвалидности изменялся без определенной тенденции и несколько снизился к 2021 г., в 2020 г. был значительно ниже показателя в Российской Федерации (РФ) и Сибирском федеральном округе (СФО). Первичная инвалидность вследствие данного класса болезней устанавливалась в большинстве случаев мужчинам, лицам из числа сельского населения. Основными нозологическими формами являлись шизофрения и расстройство личности (1 и 2-е ранговые места). Контингент лиц, впервые признанных инвалидами вследствие психических расстройств и расстройств поведения, в Республике Тыва в течение всех лет исследования был представлен преимущественно трудоспособным населением (62,2 % – 90,2 %), инвалидами II группы (59,5 % – 77,2 %), удельный вес которых увеличился, при этом уменьшилась доля инвалидов III группы. Структура данного контингента инвалидов в РФ за 2020 г. характеризовалась отсутствием значительной разницы между долей лиц трудоспособного и старшего возрастов, в СФО – превалированием лиц старшего возраста. Кроме того, в РФ и СФО, в отличие от республики, чаще всего устанавливалась инвалидность I группы, а доля инвалидов III группы была существенно больше. Выявленные в Республике Тыва особенности первичной инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения (значительное превалирование лиц трудоспособного возраста и маленькая доля инвалидов III группы) требуют пристального внимания и тщательного анализа для установления причин негативных тенденций.

Согласно данным Министерства здравоохранения Республики Тыва, заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения в республике за период 2017-2021 гг. составляла 121,8 – 92,3 – 113,4 – 68,7 – 82,6 на 100 тыс. населения по годам соответственно, но была более чем в 2 раза ниже показателя в среднем по РФ. Сопоставление показателей заболеваемости и первичной инвалидности выявляет определенную зависимость – среди лиц с впервые установленным диагнозом из класса болезней «Психические расстройства и расстройства поведения» почти каждый второй становится инвалидом. Данный класс болезней в структуре первичной инвалидности в Республике Тыва за период 2017-2021 гг. занимал 8-9-е ранговые места.

Медико-социальная экспертиза больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения, а также реабилитация данного контингента инвалидов являются важными составляющими системы обеспечения условий для преодоления ограничений жизнедеятельности и направлены на создание инвалидам равных возможностей для участия в жизни общества.

Ключевые слова: психическое здоровье; первичная медико-социальная экспертиза; динамика показателей; гендерная структура; региональные особенности инвалидности.

Spiridonova L.Ch.

PRIMARY DISABILITY DUE TO MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS AMONG THE ADULT POPULATION IN THE REPUBLIC OF TYVA FOR THE PERIOD 2017-2021

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of the Republic of Tyva, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Kyzyl, Russia*

Abstract. Analysis of disability due to mental and behavioral disorders among the adult population of the Republic of Tyva for the period 2017-2021 showed that in the first 3 years of the study, the level of disability changed without a definite trend and decreased slightly by 2021, in 2020 it was significantly lower than in Russia and the Siberian Federal District. Primary disability due to this class of diseases was established in most cases for men, persons from the rural population. The main nosological forms were schizophrenia and personality disorder (1st and 2nd ranking places).

The contingent of persons recognized as disabled for the first time due to mental and behavioral disorders in the Republic of Tyva during all the years of the study was represented mainly by the able-bodied population (62.2 %-90.2%), disabled people of group II (59.5 %-77.2%), the proportion of which increased, while the proportion of disabled people of group III decreased. The structure of this contingent of disabled people in Russia in 2020 was characterized by the absence of a significant difference between the proportion of able-bodied and older people, and in the district by the prevalence of older people.

In addition, in Russia and the federal districts, in contrast to the republic, disability of the I group was most often established, and the proportion of the disabled of the III group was significantly higher. The features of primary disability due to mental and behavioral disorders identified in the Republic of Tyva (a significant prevalence of people of working age and a small proportion of disabled people of group III) require close attention and careful analysis to establish the reasons for the negative dynamics.

According to the Ministry of Health of the Republic of Tyva, the incidence of mental and behavioral disorders in the republic for the period 2017-2021 was 121.8 – 92.3 – 113.4 – 68.7 – 82.6 per 100 thousand population by years, respectively, but was more than 2 times lower than the average for the Russian Federation. Comparison of morbidity and primary disability rates reveals a certain relationship - among people with a first diagnosis from the class of diseases «Mental and behavioral disorders», almost every second person becomes disabled. This class of diseases ranked 8th-9th in the structure of primary disability in the Republic of Tuva for the period 2017-2021.

Keywords: mental health, primary medical and social expertise, dynamics of indicators, gender structure, regional features of disability.

Введение. Критерии медико-социальной экспертизы (МСЭ) и вопросы комплексной реабилитации у инвалидов с ампутационными культурами остаются актуальной проблемой.

Одним из основных показателей, характеризующих состояние здоровья населения, является инвалидность. Показатели инвалидности позволяют судить об эффективности решения задач, связанных с её профилактикой, и результативности осуществляемых лечебно-профилактических мероприятий.

Большое значение имеет состояние психического здоровья, важными индикаторами

которого являются заболеваемость и инвалидность вследствие психических расстройств и расстройств поведения. Высокие показатели заболеваемости и первичной инвалидности вследствие данного класса болезней среди взрослого населения Российской Федерации (РФ) определяют его как актуальную медико-социальную проблему.

Согласно данным Министерства здравоохранения Республики Тыва, заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения в республике за период 2017-2021 гг. составляла 121,8 – 92,3 – 113,4 – 68,7 – 82,6 на 100 тыс. населения по годам соответственно.

но, но была более чем в 2 раза ниже показателя в среднем по РФ. Сопоставление показателей заболеваемости и первичной инвалидности выявляет определенную зависимость – среди лиц с впервые установленным диагнозом из класса болезней «Психические расстройства и расстройства поведения» почти каждый второй становится инвалидом. Данный класс болезней в структуре первичной инвалидности в Республике Тыва за период 2017-2021 гг. занимал 8-9-е ранговые места.

Медико-социальная экспертиза (МСЭ) больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения, а также реабилитация данного контингента инвалидов являются важными составляющими системы обеспечения условий для преодоления ограничений жизнедеятельности и направлены на создание инвалидам равных возможностей для участия в жизни общества.

Материал и методы. Исследование сплошное, проведено с использованием данных Федеральной государственной информационной системой «Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы» (ФГИС ЕАВИИАС МСЭ), формы федерального государственного статистического наблюдения № 7-собес ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Тыва» Минтруда России за период 2017-2021 гг., статистического сборника ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России «Основные показатели первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации в 2020 году» .

Возрастные группы населения выделены в соответствии с формой федерального государственного статистического наблюдения № 7-собес:

- трудоспособный возраст (женщины 18-54 лет, мужчины 18-59 лет);
- старший возраст (женщины 55 лет и старше, мужчины 60 лет и старше).

Методы исследования: выкопировка сведений, аналитический, статистический, сравнительный анализ. Период исследования: 2017-2021 гг.

Результаты. Абсолютное число лиц, впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие психических расстройств и расстройств поведения среди взрослого населения Республики Тыва, в 2017-2018 гг. увеличилось от 34 до 41 человека и уменьшилось в 2019-2021 гг.

до 37 – 33 –35 человек. Уровень первичной инвалидности первые 3 года исследования оставался в пределах 1,8-2,0 и незначительно снизился в 2020-2021 гг. – до 1,6-1,7 на 10 тыс. взрослого населения. Снижение показателей инвалидности в последние 2 года исследования, скорее всего, связано с принятием мер, направленных на предотвращение распространения новой коронавирусной инфекции, что обусловило уменьшение числа обращений граждан к психиатрам и снижение выявляемости психических расстройств и расстройств поведения, следовательно, сокращение числа направлений на МСЭ.

Уровень первичной инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения за 2020 г. в Республике Тыва (1,6) был на 27,3 % ниже среднероссийского (2,2) и на 33,3 % ниже, чем в Сибирском федеральном округе (СФО) (2,4).

Анализ гендерной структуры контингента лиц, впервые признанных инвалидами вследствие психических расстройств и расстройств поведения (ПРИП) среди взрослого населения Республики Тыва, показал, что в 2017, 2020 и 2021 гг. значительно преобладали мужчины, составляя 61,8 % – 81,8 % от общего числа. Соответственно доля женщин в эти годы была небольшой (18,2 % – 38,2 %). Удельный вес мужчин и женщин в 2018 и 2019 гг. различался незначительно, но несколько превалировали женщины (51,2 % и 51,4 %), абсолютное число которых превышало число мужчин на 1 человека.

Данный контингент инвалидов в Республике Тыва в течение всех лет исследования был представлен преимущественно лицами из числа трудоспособного населения, удельный вес которых составлял 62,2 % – 90,2 % в разные годы. Соответственно доля лиц старшего возраста не превышала 37,8 %. При этом возрастная структура контингента впервые признанными инвалидами (ВПИ) вследствие психических расстройств и расстройств поведения в РФ и СФО в 2020 г. отличалась. Разница значений удельного веса инвалидов трудоспособного и старшего возрастов в РФ была существенно меньше (55,4 % и 44,6 %), а в СФО превалировали инвалиды старшего возраста (54,3 %). Инвалидность вследствие психических расстройств и расстройств поведения в 2017, 2019, 2021 гг. при первичной МСЭ более часто устанавливалась лицам из



числа сельского населения Республики Тыва, которые составляли 67,6 % – 62,2 % – 54,3 % по годам соответственно. Доля инвалидов из числа городского населения несколько превалировала в 2018 и 2020 гг. – 53,7 % и 54,5 % от общего числа. Следовательно, среди данного контингента ВПИ в целом за 5 лет исследования было больше инвалидов, проживающих в сельских поселениях, чем городских.

Ранговые места отдельных нозологических форм в структуре первичной инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения в Республике Тыва за период 2017-2021 гг. ежегодно менялись. Первые 2 ранговых места преимущественно занимали шизофрения и расстройство личности, а деменция и умственная отсталость чаще находились на 3 и 4-м ранговых местах. Однако, в целом за период наблюдения основной причиной установления инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения являлась шизофрения – 1-е ранговое место в 2017, 2019, 2021 гг. (41,2 %, 43,2 %, 48,6 %); её доля в остальные 2 года исследования была меньше – 22,0 % (2018 г.) и 27,3 % (2020 г.). Удельный вес инвалидов вследствие расстройств личности в 2018 и 2020 гг. составил 41,5 % и 36,4 % – 1-е ранговое место, а в остальные годы колебался от 13,5 до 26,5 % от общего числа. Доля инвалидов вследствие деменции находилась в пределах 14,2 %-27,3 %; вследствие умственной отсталости – 9,0 %-19,5 %.

Самую большую долю среди ВПИ вследствие психических расстройств и расстройств поведения во все годы исследования в Республике Тыва составляли инвалиды II группы – от 59,5 % в 2019 г. до 77,2 % в 2021 г., причем в динамике их удельный вес характеризовался тенденцией к увеличению. Инвалидов I и III групп в 2017 г. было поровну – по 17,6 % от общего числа. Доля инвалидов I группы в остальные годы изменялась от 14,3 % (2021 г.) до 30,3 % (2020 г.) и существенно превышала долю инвалидов III группы, которая находилась в течение последующих лет в пределах 3,0 % –12,2 %.

Структура данного контингента ВПИ в РФ и СФО в 2020 г. отличалась – самую большую долю составляли инвалиды I группы (36,1 % в РФ и 43,1 % в СФО). Однако следует отметить, что и доля инвалидов III группы была существенно больше, чем в Республике Тыва (28,4 %

в РФ и 23,2 % в СФО).

Выводы.

1. Уровень первичной инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения среди взрослого населения Республики Тыва в 2017-2019 гг. существенно не изменился (1,8 – 2,0) и несколько снизился к 2021 г. (1,7); в 2020 г. был значительно ниже показателя по Российской Федерации (2,2) и Сибирскому федеральному округу (2,4).

2. Первая инвалидность вследствие психических расстройств и расстройств поведения в большинстве случаев устанавливалась мужчинам, доля которых значительно преобладала в 2017, 2020 и 2021 гг., лицам из числа сельского населения, составлявшим большинство в 2017, 2019 и 2021 гг.

3. Основными нозологическими формами в структуре первичной инвалидности вследствие этого класса болезней за период 2017 – 2021 гг. являлись шизофрения и расстройство личности (1 и 2-е ранговые места), а деменция и умственная отсталость чаще находились на 3 и 4-м ранговых местах.

4. Контингент ВПИ вследствие психических расстройств и расстройств поведения в Республике Тыва в течение всех лет исследования был представлен преимущественно лицами из числа трудоспособного населения (62,2 % – 90,2 %), инвалидами II группы (59,5 % – 77,2 %), и в динамике их удельный вес увеличился, а доля инвалидов III группы уменьшилась. Структура данного контингента инвалидов в РФ за 2020 г. характеризовалась отсутствием значительной разницы между показателями удельного веса лиц трудоспособного и старшего возрастов, в СФО – превалированием лиц старшего возраста. Кроме того, в РФ и СФО, в отличие от Республики Тыва, чаще всего устанавливалась инвалидность I группы, а доля инвалидов III группы была существенно больше.

Выявленные региональные особенности первичной инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения в Республике Тыва (значительное превалирование лиц трудоспособного возраста и небольшая доля инвалидов III группы) требуют пристального внимания со стороны органов здравоохранения и проведения тщательного анализа для установления причин негативных тенденций.

ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ ЗА 2017-2021 ГОДЫ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по г. Севастополю» Минтруда России,
г. Севастополь, Россия*

Аннотация. Изложены результаты анализа показателей первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований за 2017-2021 гг. среди взрослого населения г. Севастополя. Инвалидность устанавливалась в основном лицам старшего возраста. Чаще всего устанавливалась вторая группа инвалидности. В структуре первичной инвалидности первое место занимали опухоли молочной железы.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, инвалидность, структура инвалидности, возрастные категории.

Teterina N.M., Iliasova D.E.

PRIMARY DISABILITY DUE TO MALIGNANT NEOPLASMS AMONG THE ADULT POPULATION OF THE CITY OF SEVASTOPOL FOR 2017-2021

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of Sevastopol, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Sevastopol, Russia*

Abstract. The results of the analysis of indicators of primary disability due to malignant neoplasms for 2017-2021 among the adult population of Sevastopol are presented. Disability was established mainly for older people. Most often, the disability group II was established. Breast tumors occupy the first place in the structure of primary disability.

Keywords: malignant neoplasms, disability, disability structure, age categories.

Введение. Злокачественные новообразования занимают одно из ведущих мест в структуре первичной инвалидности взрослого населения. Отмечается и высокая степень тяжести первичной инвалидности: 64-78 % при первичном освидетельствовании признаются инвалидами первой и второй группы.

Цель исследования: провести анализ динамики первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований в городе Севастополе за 2017-2021 гг.

Материал и методы. Анализ проведен по данным формы федерального государствен-

ного статистического наблюдения № 7-собес ФКУ « ГБ МСЭ по г. Севастополю» Минтруда России «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше» за 2017-2021 гг. Возрастные группы населения выделены в соответствии с формой федерального государственного статистического наблюдения № 7-собес: трудоспособный возраст (женщины 18-54 лет, мужчины 18-59 лет); старший возраст (женщины 55 лет и старше, мужчины 60 лет и старше). Методы исследования: ретроспективный анализ, сравнительно-сопоставительный синтез. Период исследования – 2017-2021 гг.

Результаты. Общее число лиц, впервые признанных инвалидами вследствие злокачественных новообразований (ЗНО) в г. Севастополе в 2017-2021 году составило 3059 человек. При этом в 2017 г. впервые признаны инвалидами 597 человек, в 2018 г. – 650 человек, в 2019 г. – 606 человек, в 2020 г. – 539 человек, в 2021 г. – 667 человек. При этом число впервые признанных инвалидами граждан старшего возраста составило в 2017 г. – 388 человек (65 %), в 2018 г. – 440 человек (67,7 %), в 2019 г. – 404 человека (66,7 %), в 2020 г. – 361 человек (67 %), в 2021 г. – 440 человек (66 %). В структуре первичной инвалидности взрослого населения инвалидность вследствие злокачественных новообразований в 2017-2020 гг. в г. Севастополе занимала первое место, составляя 32,2-34,8 %. В 2021 году на первое место вышла инвалидность вследствие болезней системы кровообращения (38,5 %), учитывая большое количество освидетельствованных лиц старческого возраста, получивших статус «Житель осажденного Севастополя», а инвалидность вследствие злокачественных новообразований составила 30 %. Среди населения трудоспособного возраста инвалидность вследствие злокачественных новообразований стабильно занимает первое место (29,5-41,2 %). При этом первая группа инвалидности устанавливалась в 15,2-31,0 % случаев (при освидетельствовании граждан трудоспособного возраста – 13,4-31,5 %), вторая группа инвалидности – в 45,8-55,3 % (43,8-53,6 % соответственно). Интенсивный показатель первичной инвалидности (ИППИ) вследствие злокачественных новообразований среди взрослого населения колебался от 14,8 до 18,3 на 10000 населения в возрасте 18 лет и старше. Среди лиц трудоспособного возраста ИППИ составил 8,0-8,9 на 10 тыс. населения трудоспособного возраста, среди лиц пенсионного возраста

– 29,4-39,5 на 10 тыс. населения в возрасте 55 (60) лет и старше.

В структуре первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований взрослого населения стабильно первые три места занимали ЗНО молочной железы (12,4-18,7 %), толстой и прямой кишки (14,4-16,5 %), женских половых органов (9,5-12,6 %). Среди населения трудоспособного возраста на первом месте первичный выход на инвалидность вследствие ЗНО молочной железы (16,2-22,5 %), женских половых органов (11,4-14,8 %), на третьем месте – гемобластозы (6,7-11,8 %) и ЗНО толстой и прямой кишки (7,5-11,5 %).

Выводы.

1. Изучение показателей первичного выхода на инвалидность вследствие злокачественных новообразований среди взрослого населения города Севастополя в динамике за 2017-2021 гг. выявило уменьшение абсолютного числа первично признанных инвалидами в 2020 г., при этом экстенсивный показатель существенно не изменился (32,2 % в 2019 г., 32,4 % в 2020 г.).

2. Среди лиц, впервые признанных инвалидами вследствие ЗНО, большинство составляли граждане пенсионного возраста (65,0-67,7 %).

3. Наиболее часто при установлении инвалидности впервые при ЗНО устанавливалась вторая группа инвалидности (45,8 %-55,3 %).

4. Среди впервые признанных инвалидами лиц трудоспособного возраста доля тяжелых групп инвалидности (первой и второй) ежегодно увеличивалась: с 67 % в 2017 году до 78,4 % в 2021 году.

5. ЗНО молочной железы заняли первое место в структуре первичной инвалидности как взрослого населения, так и населения в трудоспособном возрасте.



ПОТРЕБНОСТЬ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ У ИНВАЛИДОВ С ДОРСОПАТИЯМИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО УРОВНЯ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Алтайскому краю» Минтруда России,
г. Барнаул, Россия*

Аннотация. На протяжении последнего десятилетия дорсопатии входили в число ведущих патологий в нозологической структуре первичной инвалидности вследствие болезней костно-мышечной системы в Алтайском крае. Значимую часть среди впервые признанных инвалидами составляли граждане трудоспособного возраста, признанные инвалидами третьей группы. Изучение потребности в различных мерах медико-социальной реабилитации впервые признанных инвалидов вследствие дорсопатий пояснично-крестцовой локализации за период 2015-2019 гг. показало, что нуждаемость в различных видах медицинских и социальных мероприятий, направленных на восстановление, компенсацию утраченных функций, предупреждение последствий и осложнений болезни и восстановлению или сохранению трудоспособности и социального статуса (социальной адаптации) составила 100 %, а также выявлена высокая потребность в мерах профессиональной реабилитации.

Ключевые слова: дорсопатия, первичная инвалидность, реабилитация.

Timofeeva D.V.

THE NEED FOR COMPREHENSIVE REHABILITATION AMONG PEOPLE WITH DORSOPATHY OF THE LUMBOSACRAL LEVEL IN THE ALTAI REGION

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of the Altai Territory, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Barnaul, Russia*

Abstract. Over the past decade, dorsopathies have been among the leading pathologies in the nosological structure of primary disabilities due to diseases of the musculoskeletal system in the Altai Territory. A significant part of the first-time disabled were working-age citizens who were recognized as group III disabled. A study of the need for various measures of medical and social rehabilitation for the first-time disabled due to dorsopathies of the lumbosacral localization for the period 2015-2019 showed that the need for various types of medical and social measures aimed at restoration, compensation for lost functions, prevention of consequences and complications of the disease, and restoration or preservation of ability to work and social status (social adaptation) was 100%, and a high demand for measures of professional rehabilitation was also revealed.

Keywords: dorsopathy, primary disability, rehabilitation.

Введение. Боли в нижней части спины представляют одно из наиболее распространенных страданий современного человека, одну из наиболее частых причин обращения к врачу – примерно 6-9 % людей взрослого возраста обращаются с этой жало-

бой в течение года. На протяжении жизни боли в пояснично-крестцовой области возникают более чем у 70 % людей, а пик частоты болей наблюдается в возрасте от 35 до 55 лет. Так как пояснично-крестцовые радикулопатии поражают весьма активную и трудоспособную

часть населения, это ведет к значительным экономическим затратам на диагностику, лечение, последующую реабилитацию больных. Изучение распространенности инвалидности вследствие дорсопатий взрослого населения и решение проблемы эффективной реабилитации данного контингента инвалидов является актуальной медико-социальной проблемой.

Материал и методы. Проведен анализ на основании сведений ФГИС «Единая автоматизированная вертикально-интегрированная система по проведению МСЭ» ФКУ «Главное бюро МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России, показателей государственной статистической отчетности (формы № 7-собес), изучены индивидуальные программы реабилитации или абилитации (ИПРА). Методы исследования: статистический, аналитический. Период исследования – 2015-2019 гг.

Результаты. На протяжении последнего десятилетия дорсопатии входили в число ведущих патологий в нозологической структуре первичной инвалидности вследствие болезней костно-мышечной системы и занимали в Алтайском крае второе ранговое место после остеоартроза у взрослых. Как показал проведенный анализ, за пять лет с 2015 г. по 2019 г. произошло снижение интенсивного показателя первичной инвалидности как в Российской Федерации (РФ), так и в Алтайском крае, при этом в Алтайском крае данный показатель на протяжении всего анализируемого периода остается в целом ниже, чем по РФ. Среднемноголетний показатель первичной инвалидности по данному классу болезней составил 0,8. В общей численности впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие дорсопатий существенно преобладали граждане трудоспособного возраста (69,6-73,7 %). По результатам анализа структуры инвалидности при дорсопатиях с учетом ее тяжести выявлено существенное преобладание среди ВПИ инвалидов третьей группы (в среднем за исследуемый период 87,8 %). Доля инвалидов второй группы стабильно оставалась невысокой (9,9 %), а случаи инвалидности первой группы вследствие дорсопатий были очень редкими (2,3 %). Ограничения жизнедеятельности чаще выявлялись в категориях: способность к трудовой деятельности, способность к передвижению, способность к самообслуживанию.

Всем инвалидам определена потребность в медицинской реабилитации независимо от

пола, возраста, группы инвалидности. Среди видов медицинской реабилитации, нуждаемость в которой определена в 100 % случаев среди ВПИ, выявлена высокая нуждаемость в восстановительной терапии (99,6 %), физиотерапии (89,6 %), медикаментозный (86,6 %) терапии. Нуждаемость в санаторно-курортном лечении определена у 65,7 %. Нуждаемость в профессиональной реабилитации установлена 64,6 % инвалидам вследствие дорсопатий пояснично-крестцового уровня, в трудоустройстве – всем инвалидам трудоспособного возраста.

При наличии хронической боли существуют и аффективные нарушения: тревога и депрессия. Важно оценить эмоциональное состояние больного, связь развития или усиления симптомов со стрессовыми ситуациями, возможные рентные установки и другие социальные причины. Таким образом, на современном этапе приобретает особую значимость рекомендация инвалидам социального раздела ИПРА в виде социально-психологической реабилитации. Нуждаемость в социально-психологической реабилитации установлена 69,6 % инвалидам вследствие дорсопатий пояснично-крестцового уровня. Однако требуется разработка дальнейших алгоритмов маршрутизации в реализации данного раздела ИПРА на современном этапе.

Потребность в обеспечении техническими средствами реабилитации (TCP) за период с 2015 года по 2019 год составила 93,4 на 100 ВПИ. Наиболее часто граждане, впервые признанные инвалидами вследствие дорсопатий пояснично-крестцового уровня, нуждались в обеспечении TCP, направленными на компенсацию ограничений в самостоятельном передвижении, в частности – в средствах дополнительной опоры (90,3 на 100 ВПИ), протезах и ортезах (59,9 на 100 ВПИ) и ортопедической обуви (3,1 на 100 ВПИ).

Заключение. Частота первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края вследствие дорсопатий пояснично-крестцового отдела позвоночника, в период с 2015 г. по 2019 г. имела некоторую тенденцию к снижению и не превышала аналогичный показатель по РФ. В структуре первичной инвалидности значимо преобладали граждане трудоспособного возраста. Исследование структуры первичной инвалидности в зависимости от групп инвалидности выявило преобладание граждан

с третьей группой инвалидности. Согласно полученным данным, у инвалидов вследствие дорсопатий пояснично-крестцового уровня определена высокая потребность в мерах медицинской и профессиональной реабили-

тации. На современном этапе приобретает особую значимость рекомендация инвалидам социального раздела ИПРА в виде социально-психологической реабилитации.



УДК 61

Хертек В.А.

ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТЫВА В ПЕРИОД 2019-2021 ГОДОВ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Тыва» Минтруда России,
г. Кызыл, Россия*

Аннотация. Болезни системы кровообращения в структуре первичной инвалидности взрослого населения Республики Тыва за период 2019-2021 гг. занимали 1-2-е ранговые места и более чем в половине случаев были представлены цереброваскулярной патологией (57,0-61,1 %). Анализ первичной инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней (ЦВБ) показал, что в динамике за 2019-2020 гг. абсолютное число инвалидов в Республике Тыва изменялось без определенной тенденции от 127 до 192 человек; уровень инвалидности в разные годы составлял от 6,2 до 9,5 на 10 тыс. взрослого населения и в течение всего периода исследования превышал аналогичный показатель в Сибирском федеральном округе, а в 2019 и 2021 гг. – в Российской Федерации, причем в России и округе уровень инвалидности ежегодно снижался.

Ключевые слова: патология церебральных сосудов, медико-социальная экспертиза, впервые признанные инвалидами, возрастная структура, место проживания, профилактика инвалидности.

Khertek V.A.

PRIMARY DISABILITY DUE TO CEREBROVASCULAR DISEASES IN THE ADULT POPULATION OF THE REPUBLIC OF TYVA IN 2019-2021

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of the Republic of Tyva, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Kyzyl, Russia*

Abstract. Circulatory system diseases ranked 1-2 in the structure of primary disability of the adult population in the Republic of Tyva for the period 2019-2021 and were represented by cerebrovascular pathology in more than half of cases. Analysis of primary disability due to cerebrovascular diseases (CVDs) showed that the absolute number of disabled people in the Republic of Tyva changed without a definite trend from 127 to 192 people; the disability rate in different years ranged from 6.2 to 9.5 per 10,000 adults and exceeded the similar index in the Siberian Federal District throughout the study period, and in 2019 and 2021 in the Russian Federation, and in Russia and the District the disability rate decreased every year.

Keywords: pathology of cerebral vessels, medical and social expertise, certified as disabled for the first time, age structure, place of residence, disability prevention.

Введение. Термин «цереброваскулярные болезни» (ЦВБ) объединяет группу заболеваний головного мозга, обусловленных патологией церебральных сосудов и сопровождающихся нарушениями мозгового кровообращения. Смертность от сосудистых заболеваний головного мозга в странах Запада стоит на третьем месте после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а в России удерживает одну из лидирующих позиций. В структуре причин стойкой нетрудоспособности прочно удерживает первое место, что обуславливает особую актуальность исследований, посвященных данной проблеме. Ежегодно в России происходит более 450 тысяч инсультов. Летальность в остром периоде инсульта составляет примерно 40 %.

Материал и методы. Исследование сплошное, проведено на основании данных формы федерального государственного статистического наблюдения № 7-собес ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Тыва» Минтруда России. Контигент инвалидов вследствие ЦВБ изучен с учетом возраста, групп инвалидности, места проживания.

Возрастные группы взрослого населения выделены в соответствии с формой федерального государственного статистического наблюдения № 7-собес:

- молодой возраст (18-44 года);
- средний возраст (женщины 45-54 лет, мужчины 45-59 лет);
- старший возраст (женщины 55 лет и старше, мужчины 60 лет и старше).

Методы исследования: выкопировка сведений, аналитический, сравнительный анализ, описательная статистика (табличное представление, расчет удельного веса и уровня). Период исследования 2019-2021 гг.

Результаты. Болезни системы кровообращения в структуре первичной инвалидности взрослого населения Республики Тыва в 2019 г. и 2021 г. находились на 1-м ранговом месте, причем их удельный вес увеличился от 25,6 % до 28,8 % от общего числа впервые признанных инвалидами (ВПИ). Только в 2020 г. этот класс болезней с удельным весом 25,5 % занимал 2-е ранговое место, уступив 1-е ранговое

место злокачественным новообразованиям, которые составили 26,0 %.

Структура первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения среди взрослого населения Республики Тыва в течение всех лет исследования более чем в половине случаев была представлена инвалидами вследствие ЦВБ, однако их удельный вес несколько уменьшился: 61,1 % – 57,7 % – 57,0 % в 2019-2021 гг. соответственно.

Абсолютное число лиц, впервые признанных инвалидами вследствие ЦВБ среди взрослого населения Республики Тыва, при этом уменьшилось только за первые 2 года исследования от 192 до 127 человек, а в 2021 г. увеличилось до 170 человек. Уровень первичной инвалидности в республике характеризовался аналогичной динамикой – за период 2019-2020 гг. снизился от 9,5 до 6,2 и возрос в 2021 г. до 8,2 на 10 тыс. взрослого населения.

Показатели первичной инвалидности вследствие ЦВБ в Сибирском федеральном округе (СФО) и Российской Федерации (РФ) в динамике за 2019-2021 гг. снижались ежегодно. Абсолютное число ВПИ в СФО уменьшилось от 8292 до 7505 человек, уровень снизился от 6,2 до 5,7; в РФ – от 86 516 до 73949 человек и от 7,4 до 6,4 на 10 тыс. взрослого населения соответственно. Уровень инвалидности вследствие ЦВБ среди взрослого населения республики в течение всего периода исследования превышал аналогичный показатель по СФО, а в 2019 и 2021 гг. – и показатель по РФ.

Значительное уменьшение в 2020 г. числа лиц, впервые направленных на медико-социальную экспертизу (МСЭ) с целью установления инвалидности, в том числе вследствие ЦВБ, можно объяснить двумя основными причинами:

- переход учреждений МСЭ на электронное взаимодействие с медицинскими организациями, при котором оформление формы № 088/у исключительно в электронном виде вызывало некоторые затруднения, преимущественно в районных медицинских организациях, из-за нестабильной работы энергоносителей;

- введение мер, направленных на предо-

твращение распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19), и перепрофилированием для её лечения стационаров, что существенно сократило поток больных амбулаторно-поликлинического звена.

Структура первичной инвалидности вследствие ЦВБ среди взрослого населения Республики Тыва с учётом групп инвалидности в течение всего периода исследования оставалась достаточно стабильной. Три четверти данного контингента ВПИ составляли инвалиды тяжелых групп (I и II) – 75,0 % и более. Наиболее часто, почти в половине случаев, при первичном освидетельствовании больных с ЦВБ устанавливалась инвалидность I группы. Абсолютное число инвалидов I группы в динамике за 2019-2020 гг. уменьшилось от 90 до 63 человек и увеличилось в 2021 г. до 83 человек, их удельный вес в среднем был равен 48,9 %; изменился незначительно и без определенной тенденции: 48,4 % – 49,6 % – 48,8 % в 2019-2021 гг. соответственно.

Инвалидов II группы было существенно меньше, и их абсолютное число также уменьшилось в 2019-2020 гг. и увеличилось в 2021 г.: 51 – 37 – 46 человек соответственно. Удельный вес инвалидов II группы в среднем составлял 27,4 %; в динамике увеличился от 26,6 % в 2019 г. до 29,1 % в 2020 г. и уменьшился к 2021 г. до 27,1 % от общего числа.

Меньше всего во все годы исследования было инвалидов вследствие ЦВБ III группы: 48 – 27 – 41 человек. Удельный вес инвалидов III группы в среднем составил 23,7 % – в отличие от доли инвалидов I и II групп за первые 2 года исследования уменьшился от 25,0 % до 21,3 % и увеличился в 2021 г. до 24,1 %.

Первичная инвалидность вследствие ЦВБ в Республике Тыва в течение всего периода наблюдения устанавливалась преимущественно лицам старшего возраста, число которых за период 2019-2020 гг. уменьшилось от 116 до 77 человек и увеличилось в 2021 г. до 118 человек. При этом доля инвалидов старшего возраста увеличивалась ежегодно от 60,4 % в 2019 г. до 69,4 % в 2021 г., в среднем – в 63,6 % от общего числа.

Соответственно, доля инвалидов трудоспособного возраста (женщины 18-54 лет, мужчины 18-59 лет) в возрастной структуре данного контингента ВПИ за период 2019 – 2021 гг. уменьшилась от 39,6 % до 30,6 %; в среднем – 36,4 % от общего числа. Среди ВПИ вслед-

ствие ЦВБ из числа трудоспособного населения превалировали лица среднего возраста, которые составляли от 41 до 59 человек в разные годы. Доля инвалидов среднего возраста в структуре ВПИ вследствие ЦВБ за период 2019-2020 гг. увеличилась от 30,7 до 32,3 % и значительно уменьшилась в 2021 г. – до 24,7 %; в среднем – 29,0 % от общего числа. Абсолютное число инвалидов молодого возраста в 2019 г. было равно 17 человек и уменьшилось в 2020 – 2021 гг. до 9 и 10 человек; их доля за годы исследования характеризовалась стабильной тенденцией к уменьшению от 8,9 % до 5,9 %, в среднем – 7,4 %. Несмотря на некоторое снижение числа направленных на медико-социальную экспертизу граждан, количество больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, продолжает неуклонно расти, несмотря на большие достижения в современной диагностике по выявлению ведущих факторов риска этой нозологии. При наличии высокоэффективных методов предупреждения этих заболеваний, внедрение их затруднено в связи со значительными материальными затратами (продолжительный прием препаратов различных групп, дорогостоящие методы диагностики) и недостаточно хорошо поставленной санитарно-просветительной работы с населением в республике, особенно с группами высокого риска, отсутствие программ здравоохранения, ориентированных на массовое обследование населения с целью активного выявления ЦВБ.

Несколько чаще инвалидность вследствие ЦВБ устанавливалась лицам из числа городского населения: в 2019 и 2021 гг. соответственно 96 и 97 человек и существенно меньше в 2020 г. – 60 человек. Доля инвалидов из числа городского населения уменьшилась за 2019 – 2020 гг. от 50,0 до 47,2 % и значительно увеличилась в 2021 г. – до 57,1 % от общего числа. Инвалиды из числа сельского населения в 2019 г. составляли половину контингента ВПИ вследствие ЦВБ – 96 человек или 50,0 %; их число в 2020-2021 гг. уменьшилось до 67 и 73 человек, а удельный вес в 2020 г. увеличился до 52,8 % и резко уменьшился в 2021 г. до 42,9 %. Удельный вес инвалидов вследствие ЦВБ из числа городского и сельского населения Республики Тыва в среднем был равен 51,7 % и 48,8 %.



Выводы.

1. Болезни системы кровообращения в структуре первичной инвалидности взрослого населения Республики Тыва за период 2019-2021 гг. составляли от 25,5 % до 28,8 % и занимали 1-2-е ранговые места. Более чем в половине случаев первичная инвалидность вследствие болезней системы кровообращения в течение всех лет исследования была представлена инвалидами вследствие ЦВБ (57,0 % - 61,1 %).

2. Абсолютное число инвалидов вследствие ЦВБ в Республике Тыва в динамике 2019-2020 гг. изменялось без определенной тенденции от 127 до 192 человек; уровень инвалидности в разные годы составлял от 6,2 до 9,5 на 10 тыс. взрослого населения и в течение всего периода исследования превышал аналогичный показатель в СФО, а в 2019 и 2021 гг. – показатель в РФ, причем в РФ и СФО уровень инвалидности вследствие ЦВБ ежегодно снижался.

3. Структура контингента ВПИ вследствие ЦВБ из числа взрослого населения респуб-

лики с учётом групп инвалидности в течение всех лет исследования оставалась достаточно стабильной, и почти в половине случаев была представлена инвалидами I группы (в среднем 48,9 %), а инвалиды тяжелых групп (I и II) составляли 75,0 % и более. Меньше всего во все годы исследования было инвалидов вследствие ЦВБ III группы (в среднем 23,7 %).

4. Первичная инвалидность вследствие ЦВБ в течение всего периода наблюдения устанавливалась преимущественно лицам старшего возраста, и доля инвалидов этого возраста ежегодно увеличивалась от 60,4 % до 69,4 % (в среднем 63,6 %). При этом доля инвалидов среднего возраста в разные годы составляла от 24,7 % до 32,3 % (в среднем 29,0 %), а инвалидов молодого возраста характеризовалась стабильной тенденцией к уменьшению от 8,9 % до 5,9 % (в среднем 7,4 %). Удельный вес инвалидов вследствие ЦВБ из числа городского и сельского населения Республики Тыва в среднем был равен 51,7 % и 48,8 % соответственно.







МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ



СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ

*ГУ «Кузбасское региональное отделение
Фонда социального страхования Российской Федерации»,
г. Кемерово, Россия*

Аннотация. В статье обосновывается новая форма работы при проведении социальной реабилитации лиц, пострадавших на производстве – создание в 2016 г. Школы социально-психологической и бытовой адаптации на базе Центра реабилитации ФСС РФ «Топаз». Выборку для исследования составили 312 пострадавших (60 %), проходивших раннюю реабилитацию и посетивших занятия школы. С начала работы Школы показатель возвращения к труду повысился по сравнению с предыдущими годами с 55,1 % до 75 %, что свидетельствует о результивности нового подхода к организации социальной реабилитации пострадавших.

Ключевые слова: социальная реабилитация, Школа социально-психологической и бытовой адаптации, пострадавшие, возвращение к труду.

Babichuk L.D., Okunev M.I., Borovikova Ya.V.

IMPROVEMENT OF THE SYSTEM OF SOCIAL REHABILITATION OF PERSONS INJURED AT WORK

*Kuzbass Regional Branch
of the Social Insurance Fund of the Russian Federation,
Kemerovo, Russia*

Abstract. The article substantiates a new form of work during the social rehabilitation of persons injured at work – the creation in 2016 of a School of socio-psychological and household adaptation on the basis of the Rehabilitation Center of the Federal Social Service of the Russian Federation «Topaz». The sample for the study consisted of 312 victims (60 %) who underwent early rehabilitation and attended school classes. Since the beginning of the School, the rate of return to work has increased from 55.1 % to 75 % compared to previous years, which indicates the effectiveness of a new approach to the organization of social rehabilitation of victims

Keywords: social rehabilitation, School of socio-psychological and household adaptation, victims, return to work.

Введение. Основополагающим принципом Концепции Фонда социального страхования РФ по совершенствованию системы ранней реабилитации пострадавших на производстве является комплексный подход к процессу реабилитации пострадавшего, при котором он выходит за медицинские рамки и предусматривает на самом раннем этапе различные формы и методы работы, направленные на социальную и профессиональную реабилитацию.

Производственная травма, кроме анатомических и функциональных повреждений

организма, оказывает огромное стрессогенное воздействие, которое часто приводит к возникновению у пострадавшего чувства отстраненности, отчуждения от других людей, а длительный срок от момента травмы до завершения лечения отрицательно сказывается на мотивации к трудовой деятельности и, напротив, способствует формированию рентных установок, социально-психологической и профессиональной дезадаптации пострадавших. Таким образом, в комплексе реабилитационных мероприятий важна социальная реабилитация лиц, пострадавших на производстве.



Цель. Обоснование новой формы работы и организационного подхода при проведении социальной реабилитации лиц, пострадавших на производстве.

Материал и методы. Для совершенствования системы социальной реабилитации лиц, пострадавших на производстве и в рамках проекта «Комплексная реабилитация пострадавших от тяжелого несчастного случая на производстве и их возвращению к труду», по инициативе Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации (КРО ФСС РФ) в сотрудничестве с Кемеровской областной организацией Общероссийской общественной организации «Всероссийское общество инвалидов» (КОО ООО ВОИ) в апреле 2016 г. создана Школа социально-психологической и бытовой адаптации.

Школа призвана способствовать предупреждению и преодолению социальной дезадаптации путем осуществления комплекса мер психолого-педагогического, бытового и правового характера, благодаря которым преодолеваются психологические комплексы, формируются новые межличностные взаимоотношения, пострадавший вовлекается в коллективную деятельность, в результате чего повышается уровень его адаптации в социуме.

Групповые и индивидуальные занятия Школы проводятся в Центре реабилитации Фонда социального страхования РФ «Топаз» психологом КОО ООО ВОИ и консультантом КРО ФСС РФ с периодичностью 2 раза в месяц.

В центре реабилитации «Топаз» внедрена программа коррекционно-развивающих занятий с использованием метода кинотренинга. Цель метода – мотивация и стимуляция к изменению отношения к собственному состоянию, посредством анализа жизненной ситуации через посредника, каковым является киноперсонаж.

В начале занятия проводится диагностика психологического статуса пострадавшего на производстве с целью выявления проблем, а по его завершению ими заполняются анкеты обратной связи, что дает возможность оценить полезность занятия для участников обучения.

По результатам диагностики, если это необходимо, проводится индивидуальная кор-

рекционно-развивающая работа по оптимизации психологического состояния, проводятся индивидуальные мотивационные беседы, оказывается психологическая поддержка.

Результаты. За период с 2016 г. по 2019 г. в 79 занятиях школы приняли участие 312 пострадавших (60 %), проходивших раннюю реабилитацию в центре реабилитации «Топаз», а 109 человек (35 %) из них посетили занятия дважды.

В рамках социально-психологического тестирования прошли психологическую диагностику 293 (94 %) посетивших занятия пострадавших

В 2020 г. для снижения риска заболевания коронавирусной инфекцией пострадавших в период пандемии была организована дистанционная работа Школы с использованием сервиса для проведения видеоконференций ZOOM. Проведено 3 занятия, в которых приняло участие 14 пострадавших.

По мнению самих пострадавших, занятия в Школе способствуют отвлечению от мыслей о болезни, повышению жизненного тонуса, мотивации к выздоровлению и восстановлению трудоспособности.

С начала работы Школы социально-психологической и социально-бытовой адаптации показатель возвращения к труду повысился по сравнению с предыдущими годами с 55,1 % до 75 %, что свидетельствует о результивности нового подхода к организации социальной реабилитации пострадавших.

Вывод. В ходе реализации проекта «Комплексная реабилитация и возвращение к труду пострадавших в результате тяжелых несчастных случаев на производстве» и в целях совершенствования системы социальной реабилитации создана и внедрена новая форма работы с пострадавшими от тяжелых несчастных случаев на производстве – Школа социально-психологической и бытовой адаптации.

Школа оказывает психологическую помощь, которая способствует поднятию жизненного тонуса пострадавших, мотивирует их на возвращение к активной жизни, к продолжению трудовой деятельности, способствует формированию адекватной самооценки и уровня притязаний.



УДК 616-08.8-009.12:616-052.831-005

Баландина Ю.Г., Водилова Ю.А., Филатов Е.В.

КОРРЕКЦИЯ СПАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА В РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Аннотация. Спастичность при поражении центральной нервной системы существенно снижает двигательную активность пациентов. Ботулиновая терапия в коррекции локального спастического синдрома увеличивает реабилитационный потенциал и расширяет двигательные возможности данной категории пациентов.

Ключевые слова: реабилитация, острое нарушение мозгового кровообращения, ботулиновая терапия.

Balandina Iu.G., Vodilova Iu.A., Filatov E.V.

CORRECTION OF SPASTIC SYNDROME IN THE REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE WITH CONSEQUENCES OF ACUTE CEREBRAL CIRCULATORY DISORDER

*Novokuznetsk Scientific and Practical Centre
for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons,
Ministry of Labour of the Russian Federation,
Novokuznetsk, Russia*

Abstract. Spasticity in lesions of the central nervous system significantly reduces the motor activity of patients. Botulinum toxin therapy in the correction of the local spastic syndrome increases the rehabilitation potential and expands the motor capabilities of this category of patients.

Keywords: rehabilitation, acute cerebral circulatory disorder, botulinum toxin therapy

Aктуальность. Спастичность наиболее характерна для заболеваний центральной нервной системы (ЦНС), последствий черепно-мозговой травмы, спинальной травмы. Спастичность является значимым инвалидизирующим фактором, так как ведет к ограничению повседневной активности, затрудняет уход за пациентом. При высокой спастичности мышц верхних конечностей значительно страдает самообслуживание пациентов, что ведет к большей зависимости от посторонних лиц. Системное применение медикаментозных препаратов не эффективно в случае локальной спастичности. Немедикаментозные методы дают кратковременный

эффект. Для коррекции локального спастического синдрома в настоящее время применяют внутримышечные инъекции ботулинического токсина типа А.

Цель. Оценить эффективность лечения локального спастического синдрома методом внутримышечного введения препарата ботулотоксин А (диспорт) у пациентов с последствиями перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК).

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 58 историй болезни 36 пациентов с последствиями перенесенного ОНМК, проходивших лечение в нейрохирургическом отделении с 2018 г. по 2022 г. Степень спас-

тичности оценивалась по шкале Ашфорт; уровень самостоятельности – по шкале функциональной независимости пациентов (Functional Independence Measure – FIM).

Для коррекции спастического синдрома выполнены инъекции ботулотоксина А (диспорт); средняя доза препарата на человека составила 500 Ед. Из 36 человек – у 8 пациентов зоной инъекции препарата ботулотоксина А являлись мышцы нижней конечности, у 28 пациентов – мышцы верхней и нижней конечностей. Катамнез оценивался через 1,5-2 месяца на пике действия ботулотоксина у пациентов с однократным и повторными введениями ботулотоксина А.

Результаты. Из 36 пациентов у 6 человек оценить результаты после введения ботулотоксина А не представлялось возможным, так как пациенты повторно не были госпитализированы в отделение. Из 30 человек – 9 пациентам инъекции ботулотоксина А проводились неоднократно (с периодичностью раз в 6-8 месяцев, не менее 3 процедур). В первую госпитализацию спастический синдром был: у 21 человека до 3 баллов по Ашфорту, у 9 – 2 балла. При повторной госпитализации у 12 (40 %) человек установлено уменьшение мышечного тонуса на 1 балл; у 18 (60 %) пациентов мышечный тонус не изменился. По шкале FIM у 17 (56,7 %) человек отмечено увеличение общего балла (в среднем на 4 балла), у 5 (16,7 %) человек значения остались на прежнем уровне, у 8 (26,6 %) человек отмечено снижение (в среднем на 4 балла). При этом у пациентов, инъекции которым проводились в мышцы нижней конечности, средний балл по шкале FIM остался без изменений либо уменьшился.

В группе из 9 человек, которым препарат ботулотоксина А вводился неоднократно, у па-

циентов имелся спастический синдром от 2 до 3 баллов по Ашфорту. При оценке спастического синдрома в последующие госпитализации у 6 (66,7 %) человек отмечалось его уменьшение на 1 балл, у 3 (33,3 %) – спастический синдром оставался на прежнем уровне. По шкале FIM у 8 (88,9 %) человек общий балл увеличился (в среднем на 3 балла), у 1 человека (11,1 %) общий балл уменьшился (на 1 балл).

При оценке изменения спастического синдрома и уровня независимости пациентов, которым ботулотоксин вводился в мышцы нижней конечности и группы пациентов, которым препарат вводился в мышцы верхней и нижней конечности, статистических различий не выявлено.

Заключение. Статистически значимых различий выраженности спастического синдрома и показателей FIM до/после однократного введения препарата и у пациентов с повторными введениями ботулотоксина в настоящем исследовании не получено, так же, как и различий выраженности спастического синдрома у пациентов, которым ботулотоксин вводился в мышцы нижней конечности, и группы пациентов с зоной инъекций в мышцы верхней и нижней конечности.

Ботулинотерапия является методом выбора при лечении локального спастического синдрома. Ботулотоксин А в период терапевтического окна в совокупности с физиотерапией и лечебной физкультурой дает хорошие клинические результаты в комплексном подходе восстановительного лечения пациентов с последствиями перенесенного ОНМК, увеличивает реабилитационный потенциал и расширяет двигательные возможности данной категории пациентов, что ведет к большей независимости от окружающих в повседневной жизни.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-СРЕДОВОГО СТАТУСА ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

*ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России¹,
 ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия
 непрерывного профессионального образования» Минздрава России²,
 г. Москва, Россия*

Аннотация. Применение физических упражнений позволяет добиваться позитивного воздействия на двигательные возможности, расширяя сферу его независимости. При этом применение средств нейромышечной активации в составе функциональных тренировок, позволяющих одновременно влиять на силу, выносливость и координацию мышечных групп, ускоряют процесс восстановления и переводят его на более качественный уровень. Вместе с тем, объем проведения физического воздействия зависит от множества факторов, и в первую очередь от уровня индивидуального здоровья, степени тренированности и резервов организма, социальных потребностей и уровня притязаний индивида, в связи с чем требуется уточнения механизма экспертно-реабилитационной диагностики, а в последующем разработки, коррекции и оценки эффективности проведенных реабилитационных мероприятий. Целью исследования было изучение степени влияния включения в реабилитацию пациентов с ампутационными культурами индивидуальных программ физической реабилитации на основе методов нейромышечной активации у 46 пациентов от 44 до 53 лет при их первичном и повторном протезировании в условиях клиники ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России.

Ключевые слова: ампутационные дефекты, двигательный стереотип, функциональные тренировки, качество жизни, социальная независимость.

Bolotov D.D.^{1,2}

RESTORATION OF THE SOCIAL AND ENVIRONMENTAL STATUS OF DISABLED PEOPLE DUE TO AMPUTATIONS OF THE LOWER LIMBS BY MEANS OF PHYSICAL REHABILITATION

*Federal Bureau of Medical and Social Evaluation, Ministry of Labour of the Russian Federation¹,
 Russian Medical Academy of Continuous Professional Education,
 Ministry of Healthcare of the Russian Federation²,
 Moscow, Russia*

Abstract. The use of physical exercises allows to achieve a positive impact on motor abilities, expanding the scope of its independence. At the same time, the use of neuromuscular activation means as a part of functional training, which allow to influence the strength, endurance and coordination of muscle groups simultaneously, accelerates the recovery process and transfers it to a higher quality level. At the same time, the volume of physical impact depends on many factors, and first of all on the level of individual health, the degree of physical condition and body reserves, social needs and the level of claims of the individual. In this connection it is necessary to clarify the mechanism of expert rehabilitation diagnostics, and subsequently development, correction and evaluation of the effectiveness of the rehabilitation measures. The aim of the study was to examine the degree of influence of including individual physical rehabilitation programs based on neuromuscular activation methods in rehabilitation of patients with amputation stumps in 46 patients aged 44 to 53 years during their primary and repeated prosthetics in the Clinic of the Federal State Budgetary Institution «Federal Bureau of Medical and Social Expertise» of the Ministry of Labor of Russia.

Keywords: amputation defects, motor stereotype, functional training, quality of life, social independence.

Введение. Количество инвалидов с ампутационными дефектами конечностей неуклонно растет. Наиболее сложные формы течения диагностируются при сочетании облитерирующего атеросклероза или эндартериита и сахарного диабета. Высокоэнергетическая травма и онкология находятся на 3-4 местах. В Российской Федерации ежегодно выполняется около 15 тысяч ампутаций, что делает проблему восстановления социально-средового статуса у данных пациентов крайне актуальной. Из реабилитационных стратегий при ампутационных дефектах наиболее рациональной является заместительная, то есть восстановление функции за счет протезирования.

Материал и методы. Получение максимальной эффективности при анатомических дефектах нижних конечностей возможно при соответствии друг другу уровней следующих систем: организм – культуя – протез – функционирование. Наиболее низкий уровень из перечисленных составляющих будет являться результативной составляющей всего процесса протезирования и, соответственно, качества жизни.

С целью определения и усовершенствования тактики формирования индивидуальных программ физической реабилитации и изучения влияния на функциональные возможности и структуру ходьбы пациентов с ампутационными культуями, было проведено проспективное исследование в рамках деятельности кабинета «Школа ходьбы на протезе» ФЦКР ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России в 2021 году. Оценена эффективность подготовки к протезированию и обучения ходьбе 46 инвалидов с ампутационными дефектами нижних конечностей на уровне голени (22 %) и бедра (78 %) в возрасте от 44 до 63 лет. Преимущество по включению в группу по расширению стандартной программы физической реабилитации имели пациенты при прохождении первичного протезирования (80 %) и имеющие посттравматический генез утраты конечности (58 %). Контрольной группой были пациенты, физическая реабилитация которых проводилась по «стандартным» программам.

Минимальное предварительное обследо-

вание включало проведение антропометрии, мануально-мышечного тестирования, стабилографии, гониометрии подвижности позвоночного столба и тазобедренных суставов, специализированные тесты, изучение качества жизни и инструментальные методы, включающие электрокардиографию и проведение нагрузочных проб, а также оценку структуры ходьбы на протезе (при повторном протезировании).

Результаты. Дополнительными средствами физической реабилитации, примененными нами, были: эластичные ленты различной степени жесткости, подвесные системы и нестабильные опоры. Эластичные ленты подключали непосредственно после проведения первичной диагностики, проводили на верхние, нижние конечности и включали в функциональные тренинги. Основными целями их применения было повышение силы и тонуса отдельных групп мышц, увеличение объема движений конечностей, а в последующем, как и всех средств нейромышечной активации, отработка сложно координированных движений с постепенно повышающейся степенью нагрузки. Занятия проводили в палате и тренажерном зале лежа, сидя и стоя. Подвесные системы (гравитационный вариант нейромышечной активации) проводили на стационарной терапевтической подвесной системе и на тренажере с возможностью подключения на стропы жестких эластичных элементов как дополнительного фактора нестабильности. Нестабильные опоры использований в виде тренер-балансов, надувных подушек различного диаметра и платформы Bosu изолированно или в сочетании с эластичными лентами или подвесными системами, как усложненные варианты функционального тренинга, в качестве заключительного «аккорда».

В ходе проводимого исследования характеристика ходьбы оценивалась дважды у первично протезируемых пациентов и трижды при протезировании повторном: на выданном ранее изделии, в начале повторного протезирования (2-3 сутки после выдачи протеза), когда пациент в должной мере осваивал ходьбу на новом для него изделии и перед выпиской, после проведения 8-10 занятий. Положитель-



ную динамику отмечали в таких параметрах, как темп ходьбы, скорость передвижения, длительность цикла шага. Субъективно пациенты испытывали большую уверенность при ходьбе, устойчивость и легкость передвижения. Тестирование на терапевтической подвесной системе функциональных мышечных цепей в те же периоды выявило положительную динамику у всех обследуемых, при этом в подавляющем объеме (76 %) она была устойчивой. Это подтверждало и данные по изучению качества жизни данных пациентов.

Заключение. Внедрение методов нейромышечной активации в стандартные программы физической реабилитации инвалидов с ампутационными дефектами нижних конечностей способны повысить качество всей реабилитационной программы. Конкретные методики и их сочетания еще требуют проведения окончательного научного осмысливания с позиции доказательной медицины (с учетом однородности групп), но уже предварительные результаты могут явиться основанием для их более активного внедрения в реабилитацию, адаптивную физическую культуру и адаптивный спорт.



РОЛЬ АНАМНЕЗА В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России¹,
ГАУЗ «Новокузнецкая городская клиническая больница №1 им. Г.П. Курбатова»²,
г. Новокузнецк, Россия*

Аннотация. При анализе данных анамнеза у 588 больных выявлено, что типичные стенокардитические боли соответствуют значительному поражению коронарных артерий ($\geq 70\%$), атипичные боли в груди чаще указывают на менее значительную степень поражения коронарных сосудов. Подвергнуто сомнению, что одышка при остром коронарном синдроме всегда является эквивалентом стенокардии.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, коронароангиография, боли в груди.

Vakhrushev A.K.¹, Varfolomeeva E.P.²

THE ROLE OF ANAMNESIS IN THE DIAGNOSIS OF ACUTE CORONARY SYNDROME

*Novokuznetsk State Extension Course Institute for Medical Practitioners – Affiliated Branch of Novokuznetsk State Extension Course Institute for Medical Practitioners, Ministry of Healthcare of the Russian Federation¹,
City Clinical Hospital No. 1 named after G.P. Kurbatov²,
Novokuznetsk, Russia*

Abstract. When analyzing the anamnesis data of 588 patients, it was revealed that typical angina-carditis pain corresponds to a significant lesion of the coronary arteries ($\geq 70\%$), atypical chest pain more often indicates a less significant degree of damage to the coronary vessels. It is doubted that shortness of breath in ACS is always the equivalent of angina pectoris.

Keywords: Acute coronary syndrome, coronary angiography, chest pains.

Введение. Болезни сердечно-сосудистой системы являются наиболее частой причиной инвалидности и летальности. Более половины этой патологии составляет ишемическая болезнь сердца (ИБС). Самой распространенной причиной исхода при ИБС является её обострение – острый коронарный синдром (ОКС). Диагностика ОКС – это результат изучения анамнеза. Анамнез как метод исследования своеобразно воспринимаются пациентом и рассматриваются врачом как сумма типичных или атипичных проявлений. В этом аспекте полезно вспомнить отечественного врача Г.А. Захарьина (1829-1897 гг.), который возвёл знание анамнеза и методику расспроса на высоту искусства.

Цель: оценить значение анамнеза в диаг-

ностике ОКС.

Материал и методы. В исследование включены 588 больных ОКС. Преобладали мужчины (330 человек, 56,1 %). Мужчины были младше, чем женщины (соответственно $56,5 \pm 0,6$ года и $61,8 \pm 0,59$ годы; $p < 0,001$). В кардиологическом стационаре всем пациентам были проведены общеклинические исследования и коронароангиография (КАГ). Расспрос анамнеза имел следующие особенности: однократно задавался вопрос «что беспокоит в состоянии здоровья?», далее опрос был направлен на изучение условий труда и быта, то есть на жизненные нагрузки и на то, что мешает их выполнению. Расспрашивалось мнение пациента о причинах и сути его заболевания (внутренняя картина болезни), выяснялась история



хождения по лечебным учреждениям и проводимое лечение. Мы не видели необходимости задавать традиционные вопросы об артериальной гипертонии (АГ), о характере, иррадиации и продолжительности болевого синдрома, не препятствовали пациенту упоминать о сопутствующей патологии. Отказ от директивных методов опроса, создание атмосферы поддержки и сотрудничества способствовало получению достаточно полной информацию. Сбор анамнеза продолжался от 15 до 25 минут.

Статистический анализ. Данные представлены в виде относительных величин, средних значений и стандартного отклонения ($M \pm SD$). Нормальность распределения оценивали с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Качественные показатели сравнивали с использованием критерия χ^2 , количественные – с помощью t-критерия Стьюдента. Анализ проводился с помощью программы SPSS-19. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Боли в груди были двоякого рода: 1) типичная стенокардия отмечалась у 185 (31,5 %) пациентов, 2) атипичные боли – у остальных ($p < 0,001$). Коронарные артерии (КА) были значительно сужены ($\geq 70\%$) у 281 (47,8 %) больных, среди них типичные боли в

груди – у 116 (62,7 %) человек, что существенно чаще, чем среди 69 больных с сужением $< 70\%$ и интактными КА (37,3 %; $p < 0,001$). Типичные боли указывали на целесообразность проведения КАГ, в то время как при атипичных болях более целесообразно использовать неинвазивные диагностические исследования. В процессе опроса 389 (66,2 %) больных отмечали возникновение болей, как правило, на фоне высоких величин артериального давления; 270 (45,9 %) пациентов ощущали одышку. У пациентов с АГ одышка наблюдалась чаще, чем у пациентов без АГ (соответственно у 191; 70,7 % человек и 79; 29,3 % человек; $p = 0,03$). При рассмотрении связи АГ и одышки с выраженностью поражения КА по данным КАГ достоверных результатов не получено (соответственно $p = 0,5$ и 0,046). Вероятно, одышка не всегда является эквивалентом стенокардии.

Выводы.

- При ОКС анамнез является определяющим методом для планирования инвазивных методов исследования (КАГ и других).

- Типичные стенокардитические боли при ОКС чаще встречаются при сужении КА по данным КАГ $\geq 70\%$, атипичные боли и одышка указывают на необходимость до КАГ проведения неинвазивных методов исследования.



ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ И ДАННЫЕ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей - филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России¹,
ГАУЗ «Новокузнецкая городская клиническая больница № 1 им. Г.П. Курбатова»²,
г. Новокузнецк, Россия*

Аннотация. Обследовано 111 больных острым коронарным синдромом (ОКС) без четких указаний на лечение статинами. При значительном сужении коронарных артерий (КА) чаще наблюдался инфаркт миокарда (ИМ), чем при незначительном сужении КА (соответственно у 86,0 % и 14,0 %; p < 0,001). При ИМ в сравнении с нестабильной стенокардией отмечался более высокий уровень индекса атерогенности (3,87 ед. против 2,58 ед.; p = 0,015), общего холестерина (5,1 ммоль\л против 4,5 ммоль\л; p = 0,015), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП) (2,92 ммоль\л против 2,41 ммоль\л; p = 0,022). Для планирования лечения статинами может использоваться индекс холестерина липопротеинов низкой плотности (ИХС ЛНП), который рассчитывается по формуле: ИХС ЛНП = [(ХС ЛНП – 1,4) Ч 100 %] / ХС ЛНП.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, липиды.

Vakhrushev A.K.¹, Yankin A.Yu.^{1,2}, Varfolomeeva E.P.², Shaikhutdinova D.N.²

LIPID PROFILE AND CORONARY ANGIOGRAPHY DATA OF PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

*Novokuznetsk State Extension Course Institute for Medical Practitioners – Affiliated Branch of Novokuznetsk State Extension Course Institute for Medical Practitioners, Ministry of Healthcare of the Russian Federation¹,
City Clinical Hospital No. 1 named after G.P. Kurbatov²,
Novokuznetsk, Russia*

Abstract. 111 patients with acute coronary syndrome (ACS) were studied without clear indications for statin treatment. With a significant narrowing of the coronary arteries (CA), myocardial infarction (MI) was more often observed than with a slight narrowing of the CA (86.0 % and 14.0 %, respectively; p < 0.001). In MI, compared to unstable angina, the atherogenicity index (3.87 units and 2.58 units; p = 0.015), total cholesterol (5.1 mmol/l and 4.5 mmol/l; p = 0.015), LDL cholesterol (2.92 mmol/l and 2.41 mmol/l; p = 0.022) were significantly increased. A low-density lipoprotein cholesterol index (LDL-CI) can be used to plan treatment with statins, which is calculated using the formula: LDL-CI = [(LDL cholesterol – 1.4) Ч 100%] / LDL cholesterol.

Keywords: acute coronary syndrome, lipids.

Введение. В Российской рекомендациях VII пересмотра (2020 г.) у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) установлен целевой уровень (ЦУ) холестерина низкой плотности (ХС ЛНП) < 1,4 ммоль/л. Своевременное выявление гиперлипидемии является важным для адекватного лечения коронарной патологии атеросклеротического

происхождения.

Цель. Оценка уровня нарушений липидного обмена при различных вариантах ОКС в сопоставлении с данными коронарной ангиографии (КАГ).

Материал и методы. У 111 больных ОКС, поступивших в кардиологический стационар, медианный возраст составил 63 года (от 41 до

86 года). Мужчины и женщины встречались с одинаковой частотой. Артериальная гипертензия (АГ) отмечалась у 98,2 % пациентов, сахарный диабет (СД) 2 типа – у 13 (11,7 %); индекс массы тела (ИМТ) превышал 25 кг/м² у 60 человек (54,1 %) и в среднем составил 29,1 кг/м². У пациентов отсутствовали четкие указания о приёме статинов.

Статистический анализ. Различия величин оценивались непараметрическим методом: средние представлены в виде медиан, для сравнения медиан независимых групп использовался критерий Манна-Уитни. Сравнение качественных признаков проводилось по критерию χ^2 с помощью программы SPSS-19. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Со стороны липидов получены следующие средние данные: общий холестерин (ОХС) – 4,8 ммоль/л, холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП) – 2,75 ммоль/л и холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛВП) – 1,1 ммоль/л, триглицериды (ТГ) – 1,81 ммоль/л, индекс атерогенности – 3,2 ед. Высчитывали индекс холестерина липопротеинов низкой плотности (ИХС ЛНП) по формуле: ИХС ЛНП = [(ХС ЛНП – 1,4) Ч 100%] / ХС ЛНП. В среднем, ИХС ЛНП оказался равным 48,7 %.

У больных выделено два варианта ОКС: нестабильная стенокардия (НС) – 68 (61,3 %) человек, инфаркт миокарда (ИМ) – у остальных 43 человек. При ИМ в сравнении с НС получены менее благоприятные показатели липидов: индекс атерогенности (соответственно 3,9 ед. и 2,8 ед.; $p = 0,002$), ОХС (5,1 ммоль/л и 4,6 ммоль/л; $p = 0,008$), ХС ЛНП (соответственно 2,91 ммоль/л и 2,55 ммоль/л; $p = 0,013$), ТГ (соответственно 2,24 ммоль/л и 1,7 ммоль/л; $p = 0,024$). В то же время, между группами с ИМ и НС не было различий медианного возраста, ИМТ и ХС ЛВП.

По данным КАГ у пациентов количество пораженных коронарных артерий (КА) в среднем равнялось трем. По степени сужения КА больные распределены по группам: 1 группа – 60 (54,1 %) пациентов с сужением просвета КА на 70-100 %; 2 группа – 51 пациент с сужением КА менее 70 % или интактными КА. В 1 группе среднее количество суженных КА у пациента было достоверно больше, чем во 2 группе (соответственно сужение пяти сосудов и одного; $p < 0,001$). В 1-й группе преобладали больные с ИМ (37; 86,0 %), во 2-й больных с ИМ было 6 (14,0 %) человек, что указывает на более выраженное поражение КА при ИМ, чем при НС ($p < 0,001$).

В 1-й группе уровень липидов был выше, чем во 2 группе: индекс атерогенности (соответственно 3,87 ед. и 2,58 ед.; $p = 0,015$), ОХС (5,1 ммоль/л и 4,5 ммоль/л; $p = 0,015$), ХС ЛНП (соответственно 2,92 ммоль/л и 2,41 ммоль/л; $p = 0,022$). Не было значимых различий между 1 и 2 группами со стороны медианного возраста, ИМТ, ХС ЛВП и ТГ.

Недостаточный контроль липидов демонстрируется в нашем наблюдении. Пациент Ш., 67 лет. До 1985 г. (30 лет) – хоккеист (мастер спорта). В 2015 г. перенёс мелкоочаговый ИМ, в КА установлен стент; 1 год принимал розувастатин с последующим перерывом в течение 6 лет. В 2021 г. – диагностирован ОКС и повышение ХС ЛНП. Установлено три стента, статины возобновлены.

Выводы.

1. У больных ОКС значительное поражение КА наблюдалось при более выраженных сдвигах показателей липидного спектра крови и сопровождалось более частым развитием ИМ.

2. Среди пациентов ОКС наблюдалось повышение ИХС ЛНП (в среднем – 48,7 %), что важно учитывать при планировании лечения статинами.



РОЛЬ ФИЗИОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ФАНТОМНЫМИ БОЛЯМИ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ

*ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация. После ампутации большинство людей с ампутированными конечностями все еще сообщают об ощущении отсутствующей конечности и часто описывают эти ощущения как мучительно болезненные. Фантомные ощущения в конечностях (PLS) полезны при управлении протезом, однако фантомная боль в конечностях (PLP) является изнурительным состоянием, которое резко снижает качество жизни.

Ключевые слова: Фантомная боль в конечностях, чрескожная электрическая стимуляция нервов (TENS), ритмическая магнитная стимуляция (rMS), ампутация конечностей, реабилитация.

Veselova T.S.

THE ROLE OF PHYSIOTHERAPY IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH PHANTOM PAIN AFTER AMPUTATION

*S. M. Kirov Military Medical Academy,
St. Petersburg, Russia*

Abstract. After amputation, most amputees still report feeling a missing limb and often describe these sensations as excruciatingly painful. Phantom limb sensations (PLS) are useful when controlling a prosthesis, however, phantom limb pain (PLP) is a debilitating condition that dramatically reduces the quality of life.

Keywords: Phantom Limb Pain, Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS), Rhythmic Magnetic Stimulation (rMS), Limb Amputation, Rehabilitation.

Введение. Ампутации вызывают изменения как в периферической, так и в центральной нервной системе, включая появление фантомных ощущений конечностей (PLS), характеризующихся ощущением, что ампутированная конечность все еще присутствует. Большинство людей с ампутированными конечностями испытывают PLS и могут даже контролировать фантомные движения. Большинство людей с ампутированными конечностями также испытывают интенсивные приступы боли во всей отсутствующей конечности, которые называются фантомными болями в конечностях (PLP), характеризующиеся колющими, пульсирующими ощущениями, ощущениями поражения электрическим током. Все эти жалобы резко снижают качество жизни и требуют лечения. Не существует единой наилучшей терапии PLP. Лечение требует скоординированного приме-

нения фармакологической, консервативной и вспомогательной терапии. Наиболее часто называемыми фармакологическими методами лечения PLP являются габапентин и прегабалин, противосудорожные препараты, которые снижают частоту и интенсивность невропатической боли. Опиоиды и опиаты уже давно используются и для лечения невропатической боли, так же они эффективны при симптомах PLP. Опиоиды могут облегчить PLP, уменьшая корковую реорганизацию в соматосенсорной коре. В качестве консервативной терапии PLP назначается диадинамофорез лекарственных веществ, чрескожная электростимуляция нервов, сегментарный и точечный массаж, ритмическая магнитная стимуляция, транскраниальная электроаналгезия или электросон, которые, помимо анальгетического, обладают также седативным и транквилизирующим эффектом.



Материал и методы. Поиск в зарубежных и отечественных базах данных систематических обзоров (CO), рандомизированных клинических исследований (РКИ) по применению различных методов физиотерапии (ФТ) у пациентов, страдающих PLP после ампутации конечностей.

Результаты. В электронных базах данных было выявлено более 6400 публикаций по применению ФТ, из них 3800 публикаций по применению чрескожной электрической стимуляции нервов (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation – TENS) (1453 – РКИ, 306 – CO) и более 2600 публикаций по применению ритмической магнитной стимуляции (Rhythmic Magnetic Stimulation – rMS) (435 – РКИ, 217 – CO) за последние 15 лет. Следует отметить, что воздействие на организм осуществляется различными методами, но самыми распространенными и наиболее эффективными являются TENS и rMS. Так, в РКИ Karz J. с соавт. (2004 г.) для облегчения боли в качестве эффективной терапевтической процедуры применили TENS в определенных точках наружного уха. Данная методика была выбрана по трем причинам: поверхность тела и внутренние органы представлены в ушной раковине в соматотопической организации, которая напоминает перевернутый плод; заболевание и боль в любой структуре тела отражаются повышенной чувствительностью и проводимостью кожи в соответствующей точке уха; стимуляция определенной точки приводит к уменьшению боли в соответствующей части тела. Целью данного исследования было оценить эффективность низкочастотной высокointенсивной аурикулярной чрескожной электростимуляции нервов (аурTENS) для облегчения PLP. В исследовании приняли участие 28 пациентов, которым была выполнена ампутация верхней или нижней конечности. Испытуемые были распределены в одну из трех групп: с фантомной болью в конечностях (группа PLP), без-

болезненными фантомными ощущениями в конечностях (группа PLS) и отсутствием фантомной конечности вообще (группа без PL).

AurTENS сравнивали с состоянием плацебо без стимуляции. Результаты исследования показали небольшое, но значительное снижение интенсивности безболезненных ощущений фантомных конечностей для группы PLS во время процедуры TENS, но не в состоянии плацебо. Кроме того, через 10 минут после применения aurTENS группа PLP продемонстрировала умеренное, но статистически значимое уменьшение боли, измеренное с помощью вопросника Макгилла о боли. Целью CO Liampas A. с соавт. (2020 г.) было выявление публикаций, касающихся использования ритмической магнитной стимуляции (rMS) в лечении периферической нейропатической боли. Большинство исследований проводилось на пациентах с фантомной болью в конечностях, за которой следовали радикулопатия, плексопатия, посттравматическая боль и периферическая невропатия. Хотя протоколы лечения значительно различались от исследования к исследованию, тем не менее, результат обзора показал, что rMS оказывает выраженное немедленное облегчение боли, которое, в большинстве исследований, сохраняется в течение нескольких недель.

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют о том, что TENS и rMS находят все большее применение при фантомных болях. Кроме того, rMS является многообещающим вмешательством в лечении периферической нейропатической боли. Тем не менее, необходимы дополнительные плацебо-контролируемые исследования аурикулярных TENS у пациентов с фантомными болями в конечностях, чтобы оценить важность параметров электростимуляции, таких как длительность и частота импульсов, и установить продолжительность облегчения боли.



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОЧАСТОТНОГО ЭЛЕКТРОСТАТИЧЕСКОГО ПОЛЯ В ПРОГРАММАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

*ГБУ «Научно-практический центр медико-социальной
реабилитации им. Л.И. Швейцовой»,
г. Москва, Россия*

Аннотация. Обоснование: в настоящее время в реабилитации детей с заболеваниями центральной и периферической нервной системы недостаточно эффективных и безопасных методов лечения двигательных нарушений костно-мышечной системы.

Цель: оценить эффективность низкочастотного электростатического поля (НЭП) в восстановлении двигательных функций опорно-двигательного аппарата у детей, страдающих заболеваниями центральной и периферической нервной системы

Материал и методы: В исследование были включены 60 пациентов в возрасте от 2-х до 17 лет, страдающих патологией опорно-двигательного аппарата вследствие врожденных или приобретенных заболеваний центральной или периферической нервной системы: 30 из них составили основную группу, где наряду с традиционной терапией (лечебная физкультура, массаж, механотерапия, магнито-лазеротерапия, психологическая коррекция) были использованы процедуры НЭП, 30 пациентов – составили группу сравнения, где назначали только традиционный реабилитационный комплекс.

Результаты: установлено, что локальное применение НЭП в комплексе с традиционными методами восстановительного лечения у детей с патологией опорно-двигательного аппарата, развившейся вследствие перенесенных заболеваний центральной и периферической нервной системы, повышает анальгетический и антиспастический эффект курса реабилитации, способствует повышению мышечной силы и качества жизни.

Заключение: Включение низкочастотного электростатического поля в традиционные программы реабилитации детей с патологией опорно-двигательного аппарата, развившейся вследствие перенесенных заболеваний центральной и периферической нервной системы, позволяет получить выраженный функциональный и стойкий клинический результат.

Ключевые слова: низкочастотное электростатическое поле, реабилитация, боль, качество жизни, спастичность, мышечная сила.

Volovets S.A., Badalov N.G., Yashinina Yu.A.

EXPERIENCE OF USE OF A LOW-FREQUENCY ELECTROSTATIC FIELD IN THE PROGRAMS OF REHABILITATION OF CHILDREN WITH DISTURBANCE OF THE MOTOR FUNCTION OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM

*Scientific and Practical Centre for Medical and Social Rehabilitation named after Shvetsova L.I,
Moscow, Russia*

Abstract. Rationale: Currently, in the rehabilitation of children with diseases of the central and peripheral nervous system, there are not enough effective and safe methods for treating the pathology of the musculoskeletal system.

Objective: to evaluate the effectiveness of a low-frequency electrostatic field (LEF) in the rehabilitation of motor functions of the musculoskeletal system in children suffering from diseases of the central and peripheral nervous

Materials and methods: The study included 60 patients aged 2 to 17 years, suffering from pathology of the musculoskeletal system due to congenital or acquired diseases of the central or peripheral nervous system: 30 of them made up the main group, where, along with traditional therapy (exercise therapy, massage, mechanotherapy, magnetotherapy, laser therapy, psychological correction) NEP procedures were used, 30 - made up the comparison group, where only the traditional rehabilitation complex was prescribed.

Results: it was found that the local application of NEP in combination with traditional methods of rehabilitation treatment in children with pathology of the musculoskeletal system, which developed as a result of diseases of the central and peripheral nervous system, increases the analgesic and antispastic effect of the rehabilitation course, improves muscle strength and quality of life

Conclusion: The inclusion of a low-frequency electrostatic field in traditional programs for the rehabilitation of children with pathology of the musculoskeletal system, which has developed as a result of diseases of the central and peripheral nervous system, allows to obtain a pronounced functional and stable clinical result.

Keywords: low-frequency electrostatic field, rehabilitation, pain, quality of life, spasticity, muscle strength.

Введение. Поиск эффективных и безопасных методов коррекции нарушений двигательных функций опорно-двигательного аппарата, являющихся последствиями врожденных или приобретенных заболеваний, травм центральной и периферической нервной системы, у детей представляет собой актуальную проблему.

Материал и методы. В исследование были включены 60 пациентов: 30 из них составили основную группу, где наряду с традиционной терапией (лечебная физкультура, массаж, механотерапия, магнито-лазеротерапия, психологическая коррекция) были использованы процедуры низкочастотного электростатического поля (НЭП); 30 – составили группу сравнения, где назначали только традиционный реабилитационный комплекс. Критерии включения в исследование: пациенты в возрасте от 2-х до 17 лет страдающие детским церебральным параличом (ДЦП), последствиями инсульта, черепно-мозговых и спинальных травм, сколиозом 1-3 ст., дисциркуляторной энцефалопатией, заболеваниями и травмами опорно-двигательного аппарата. Критерии исключения: соматические и неврологические заболевания в стадии декомпенсации, наличие эпилепсии и эпилептических синдромов в анамнезе, грубые когнитивные нарушения, препятствующие проведению процедур, общие противопоказания к проведению физиотерапии.

Воздействие НЭП оказывалось на область пораженных суставов, мышц и различных сегментов позвоночника. Применили I и II режим

воздействия, с интенсивностью до ощущения резонансной вибрации. Параметры частоты импульсов (в диапазоне от 30 до 150 Гц), смену режимов, время воздействия (до 15 мин.) определяли индивидуально, с учетом характера поражения. Применили электродную (электрод-аппликатор) методику воздействия. На курс назначали 10-12 процедур, проводимых 4 раза в неделю.

Для оценки результатов исследования использовали визуальную аналоговую шкалу оценки боли (ВАШ), шкалу количественной оценки мышечной силы (Medical Research Council Weakness Scale, MRC), модифицированную шкалу спастичности Эшвортса (Modified Ashworth Scale, MAS), родительскую версию опросника качества жизни (Pediatric Quality of Life Inventory, PedsQL). Статистический анализ производился по критерию Вилкоксона.

Результаты. Анализ результатов проведенного исследования показал, что после курса реабилитации с НЭП у пациентов основной группы отмечалось снижение интенсивности болей по шкале ВАШ ($p < 0,01$), уровня спастичности по шкале Эшвортса ($p < 0,001$), возрастание мышечной силы (по шкале MRC) ($p < 0,001$), улучшение качества жизни по данным опросника PedsQL ($p < 0,001$). В группе сравнения, при положительной достоверной динамике показателей шкалы MRC и анкеты качества жизни PedsQL, интенсивность болевых ощущений и уровень спастичности имели лишь тенденцию к улучшению ($p < 0,09$). По данным отдаленных наблюдений полученные

результаты в основной группе сохранялись от 3 до 6 месяцев.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют, что программа комплексной реабилитации с использованием низкочастотного электростатического поля у детей с заболе-

ваниями центральной и периферической нервной системы, страдающих нарушениями двигательных функций костно-мышечной системы, оказалась эффективной в 79 % случаев, что было на 17 % больше, чем в группе сравнения.



УДК 616.092-001.8, 616.91, 615.83

Воловец С.А., Бадалов Н.Г.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НОРМОБАРИЧЕСКИХ ГИПОКСИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

ГБУ «Научно-практический центр медико-социальной реабилитации им. Л.И. Швецовой»,
г. Москва, Россия

Аннотация. Актуальность: интервальная гипо-гипероксическая тренировка (ИГГТ) представляет собой новую перспективную технологию в медицинской реабилитации, в том числе в реабилитации пациентов с постковидным синдромом. Однако механизмы терапевтического действия ИГГТ в восстановительном периоде после перенесенной COVID-19 до конца не изучены. Результативность ИГГТ во многом зависит от методики проведения ИГГТ.

Цель: изучить эффективность интервальной гипоксической тренировки у больных с постковидным синдромом, разработать режимы интервальной гипо-гипероксической тренировки, характерной для постковидного синдрома.

Материал и методы: в выполненном пилотном исследовании приняли участие 50 пациентов (19 женщин, 31 мужчин, средний возраст $61,7 \pm 7,7$ лет), с диагнозом постковидный синдром (ПС) – «Состояние после COVID-19» по МКБ (код U09.9). Патологические проявления перенесенной коронавирусной инфекции, сохраняющиеся в течение более 3-х месяцев.

Методом случайной выборки пациенты были разделены на основную группу ($n = 30$), в которой пациенты получали курс ИГГТ на фоне общего восстановительного лечения, и группу контроля ($n = 20$), где проводилась только восстановительная терапия (дыхательная гимнастика, витаминотерапия, прогулки на свежем воздухе, двигательная гимнастика, фоновая поддерживающая фармакотерапия). ИГГТ была реализована с помощью аппарата для гипокси-гипероксической тренировки «OXYTERRA» (установка для получения гипоксических и гипероксических газовых смесей «ГИПО-ОКСИ-1»).

Результаты: Курс тренировок с ИГГТ способствовал повышению кислородной емкости крови, улучшению показателей функционального состояния системы кровообращения, состояния органов внешнего дыхания, показателей, характеризующих активность регуляторных систем. Разработана методика интервальной гипо-гипероксической тренировки пациентов с постковидным синдромом.

Заключение: ИГГТ представляет собой перспективную технологию в профилактике и реабилитации пациентов с постковидным синдромом, а также с заболеваниями бронхолегочной системы. Курс гипокситерапии вызывает изменения, которые делятся много недель и месяцев, поскольку ИГГТ влияет на множество физиологических функций, прерывая патологические цепочки.

Ключевые слова: коронавирус 2 (SARS-CoV-2); нормобарическая интервальная гипо-гипероксическая тренировка; адаптация; гипероксия; гипоксикатор.

Volovets S.A., Badalov N.G.

NORMOBARIC HYPOXIC TRAINING IN THE MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WHO HAVE UNDERGONE COVID-19

Scientific and Practical Centre for Medical and Social Rehabilitation named after Shvetsova L.I., Moscow, Russia

Аннотация. Background: Interval hypo-hyperoxic training (IHHT) is a new promising technology in medical rehabilitation, including the rehabilitation of patients with post-COVID syndrome. However, the mechanisms of therapeutic action of IHHT in the recovery period after suffering COVID-19 have not been fully studied.

Aims: to study the effectiveness of interval hypoxic training in patients with post-COVID syndrome, to develop a methodology for the use of interval hypoxic training

Materials and methods: The study involved 50 patients (19 women, 31 men, mean age 61.7 ± 7.7 years) with post-COVID syndrome. The patients were randomly divided into the main ($n = 30$) and control group ($n = 20$). In the main group, patients in combination with traditional rehabilitation treatment received interval hypoxic therapy training. In the control group, only traditional therapy was carried out (breathing exercises, vitamin therapy, outdoor walks, motor exercises). Interval hypoxic therapy was performed using the OXYTERRA complex.

Results: After the training course of interval hypoxic therapy, there was an increase in the oxygen capacity of the blood, correction of indicators of the functional state of the circulatory system and respiratory organs. A methodology for the use of interval hypo-hyperoxic training in patients with post-COVID syndrome has been developed.

Conclusion: Interval hypoxic therapy is a promising technology in the prevention and rehabilitation of patients with post-COVID syndrome. The course of hypoxic therapy has a therapeutic effect on a variety of physiological functions, interrupting pathological chains.

Ключевые слова: coronavirus 2 (SARS-CoV-2); normobaric interval hypo-hyperoxic training; adaptation; hyperoxia; hypoxicicator.

Введение. Растворяющая смерть в мировом масштабе, тяжелые осложнения перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19 требуют интенсификации разработки эффективных методов бронхолегочной и сердечно-сосудистой реабилитации больных с постковидным синдромом. Одной из таких методик, по данным литературы, является стимуляция естественной защиты организма посредством адаптации к интервальной гипоксии – интервальная гипо-гипероксическая тренировка. Выявление механизмов действия интервальной гипо-гипероксической тренировки в восстановительном периоде у пациентов с постковидным синдромом и разработка методики гипо-гипероксических тренировок представляются актуальными.

Материал и методы. 50 пациентов (31 мужчина, 19 женщин, средний возраст $61,7 \pm 7,7$ лет), с диагнозом постковидный синдром

(ПС) – «Состояние после COVID-19» (МКБ – U09.9) методом случайной выборки были разделены на основную группу ($n = 30$), в которой пациенты получали курс ИГТ на фоне традиционного комплекса реабилитации, и группу сравнения ($n = 20$), где проводился только курс традиционной реабилитации. До и после курса определяли уровень гемоглобина, частоту сердечных сокращений (ЧСС), систолическое и диастолическое артериальное давление (САД и ДАД), сатурацию артериальной крови кислородом, ударный и минутный объемы кровообращения. У всех пациентов определяли функцию внешнего дыхания методом спирографии с регистрацией кривой «поток-объем». Изучали вариабельность сердечного ритма методом статистического (временной) и спектрального (частотный) анализа.

ИГТ была реализована с помощью аппарата для гипокси-гипероксической тренировки

«OXYTERRA». Режимы ИГТ подбирались по показателям гипоксического теста. Сеанс интервальной гипоксической тренировки включал кратковременное вдохание гипоксической (12-15 % O₂) смеси кислорода, повторяющееся 4-6 раз за один сеанс при нормальном атмосферном давлении и затем вдохании воздуха с повышенным содержанием кислорода, также повторяющееся 4-6 раз за один сеанс.

В первых 5 сеансах курса ИГТ использовалось то содержание кислорода в газовой смеси, которое вызывало у обследуемого субкомпенсированную гипоксию. Далее следующие 5 сеансов процент вдохания гипоксической смеси был на 0,5 % ниже. В заключительных 5-ти сеансах – еще на 0,5 % ниже.

Оптимальная длительность для гипоксического и гипероксического воздействия составляла 3-5 минут, количество серий в сеансе – 4-6.

Результаты. Курс реабилитации с ИГТ способствовал значимому повышению содержания гемоглобина в крови ($p < 0,05$), что сопровождалось возрастанием кислородной емкости крови ($p < 0,05$). Значительное усиление насыщения артериальной крови кислородом ($p = 0,08$) вызывало рост содержания кислорода ($p < 0,05$) в артериальной крови. Перечисленные изменения были статистически значимы лишь у пациентов основной группы. Изучение показателей функционального состояния системы кровообращения выявило нормализацию ЧСС, уровней САД и ДАД, что соответственно способствовало коррекции ударного и минутного объемов крови у пациентов основной группы. Улучшение интегральных показателей функции внешнего дыхания по данным спирографии ($p < 0,05$) свидетельствовало о коррекции функционального состояния бронхолегочной системы, увеличении легочных объемов, уменьшении бронхоконстрикции. По данным спектрального анализа было выявлено существенное улучшение показателей, характеризующих активность регуляторных систем. Общая мощность спектра, воспроизводящая суммарную активность нейрогуморальных влияний на сердечный ритм, подверглась значимой положительной динамике: от 623 [424 – 1808] до 1265 [664 – 8486] после

лечения ($p < 0,05$). Позитивные изменения величины волн очень низкой частоты свидетельствовали об улучшении деятельности центральных эрготропных и гуморально-метаболических механизмов регуляции сердечного ритма. Мощность спектра низкочастотных колебаний, отражающих преимущественно активность симпатического звена регуляции, возросла в абсолютных значениях: от 207 [121 – 933] до 453 [150 – 3461] ($p < 0,05$). Наряду с этим мощность спектра высокочастотных колебаний, отображающих степень модулирующего влияния парасимпатического отдела на сердечный ритм, также существенно повысилась: от 156,7 [68,7 – 853] до 311[76 – 1860] ($p < 0,05$). При этом величина коэффициента вагосимпатического баланса имела тенденцию к нормализации.

Заключение.

1. Курс ИГТ способствует повышению кислородной емкости крови, что приводит к росту содержания кислорода в артериальной крови, вызывает улучшение показателей функционального состояния системы кровообращения: снижение частоты сердечных сокращений, нормализация уровня систолического и диастолического давления, восстановление параметров ударного и минутного объема крови в пределах референсных значений у пациентов основной группы

2. Гипоксическое воздействие вызывает расширение бронхов и снижение сопротивления воздушному потоку.

После проведенного курса реабилитации отмечалось улучшение функционального состояния бронхолегочной системы, увеличение легочных объемов, уменьшение бронхоконстрикции.

3. Под влиянием курса ИГТ происходит существенное улучшение показателей, характеризующих активность регуляторных систем. Отмечалось улучшение деятельности центральных эрготропных и гуморально-метаболических механизмов регуляции сердечного ритма, коррекция активности симпатического звена регуляции и модулирующего влияния парасимпатического отдела на сердечный ритм, нормализация коэффициента вагосимпатического баланса.



РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ПОЗВОНОЧНИКЕ: ФОКУС НА СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИКИ ПЕЛОИДОТЕРАПИИ

*ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации,
восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы»
г. Москва, Россия*

Аннотация. В данной статье рассматривается опыт применения в реабилитации пациентов после операций на позвоночнике по поводу грыж диска современных методик пелоидотерапии, включающих использование тонкослойных торфяных грязевых аппликаций и флюктуофореза торфяного грязевого препарата.

Ключевые слова: грыжа диска, операции на позвоночнике, реабилитация, пелоидотерапия.

Gaidukova T.Y., Kulikov A.G.

REHABILITATION OF PATIENTS AFTER SPINAL SURGERY: FOCUS ON MODERN PELOID THERAPY TECHNIQUES

*Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation,
Restorative and Sports Medicine of the Moscow Healthcare Department
Moscow, Russia*

Abstract. This article discusses the experience of using modern peloid therapy techniques in the rehabilitation of patients after spinal surgery for disc herniation, including the use of thin-layer peat mud applications and fluctuophoresis of mud peat preparation.

Keywords: disc herniation, spinal surgery, rehabilitation, peloid therapy.

Введение. Дискогенный радикулит, вызванный грыжами диска, среди причин временной потери трудоспособности и инвалидности занимает одно из первых мест. В последние годы наблюдается неуклонный рост данного заболевания. Консервативное лечение в ряде случаев не приводит к стойкой ремиссии, и часть больных нуждается в оперативном вмешательстве.

У некоторых больных в послеоперационном периоде сохраняется или усиливается болевой синдром, медленно идет регресс неврологических нарушений. В связи с этим возникает необходимость проведения курса медицинской реабилитации, при этом используют медикаментозные средства, лечебную физкультуру (ЛФК), массаж, различные методы аппаратной физиотерапии, также бальнеотерапию и грязелечение. Доказана многогранность лечебного

действия пелоидотерапии, ее противовоспалительный, обезболивающий, трофический, противоотечный и иные эффекты.

В последние годы возрастает интерес к применению торфяных лечебных грязей. Гуминовые вещества, входящие в большом количестве в их состав, обладая антиоксидантной активностью, способны нивелировать процессы свободнорадикального окисления. Доказана возможность проникновения гуминовых веществ через неповрежденный кожный барьер, в количествах, достаточных для проявления различных биологических эффектов. Направлением современной пелоидотерапии является использование так называемых грязесберегающих методик лечения, которые являются менее нагруженными для пациентов, имеют меньшее число противопоказаний, малозатратны и удобны в исполнении. К ним

относят сочетанное применение грязелечения с методами аппаратной физиотерапии, тонкослойные грязевые аппликации.

Цель. Изучение эффективности применения тонкослойных торфяных грязевых аппликаций и флюктуофореза грязевого торфяного препарата в комплексной реабилитации пациентов в различные сроки после оперативных вмешательств на позвоночнике.

Материал и методы. Было обследовано 45 пациентов, составивших основную и контрольную группу (18 мужчин и 27 женщин в возрасте от 24 до 65 лет, в срок от 3 недель до 3 месяцев после операции). Все они получили базисную терапию, включающую занятия ЛФК, массаж, а в основной группе - дополнительно процедуры пелоидтерапии. До и после лечения пациентам проводили расширенное клинико-функциональное обследование, включавшее: тест на скорость ходьбы, дистанционную инфракрасную термографию области спины и нижних конечностей, расширенную электродиагностику с определением кривой «сила-длительность».

Результаты. Анализ результатов, полученных до и после курса реабилитации, позволил выявить способность изучаемых методик пелоидтерапии устранять проявления болевого симптома (по оценкам визуальной анало-

говой шкалы боли) по сравнению с группой контроля, не получавшей грязелечение. Одновременно наблюдалось уменьшение термо-асимметрии в поясничной области и нижних конечностях, обусловленное, по-видимому, уменьшением локального воспаления и отечности в зоне оперативного вмешательства и улучшением локальной микрогемодинамики. Электродиагностика показала существенное улучшение нервно-мышечной проводимости в области нижних конечностей.

Купирование болевого синдрома, увеличение объёма движений в поясничном отделе, уменьшение чувства скованности, улучшение ходьбы благоприятным образом оказались на снижении показателей тревоги и депрессии по шкале HADS, а также привели к повышению качества жизни пациентов.

Вывод. Разработанные методики пелоидтерапии являются весьма эффективными в устраниении имеющихся в послеоперационном периоде клинико-функциональных нарушений. Они хорошо переносятся пациентами, имеют меньшее число противопоказаний, не требуют значительных материальных затрат для выполнения. Все это говорит о возможности их более активного использования в реабилитации больных после операций на позвоночнике.



УДК 617.3

Гасанов И.К.

ЛОКАЛЬНАЯ ИНЬЕКЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ СУСПЕНЗИЕЙ БЕТАМЕТАЗОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЕНДИНИТОВ ДЛИННОЙ ГОЛОВКИ ДВУГЛАВОЙ МЫШЦЫ ПЛЕЧА

*ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» Минобороны России,
г. Москва, Россия*

Аннотация. Автором предлагается методика локальной инъекционной терапии глюкокортикоидами при лечении пациентов с тендинитами длинной головки двуглавой мышцы плеча. Внедрение описанной методики в клиническую практику позволит улучшить качество жизни пациентов с тендинитами длинной двуглавой мышцы плеча.

Ключевые слова: локальная инъекционная терапия, тендинит длинной головки двуглавой мышцы плеча.

Gasanov I.K.

LOCAL INJECTION THERAPY IN THE TREATMENT LONG HEAD BICEPS TENDINITIS WITH BETAMETHASONE SUSPENSION

*12th Consultative and Diagnostic Centre,
Ministry of Defense of the Russian Federation,
Moscow, Russia*

Abstract. Author suggests the local glucocorticoid injection therapy in the treatment of patients with long head biceps tendinitis. The implementation of the methodology in practice will enable to enhance the quality of life among patients with biceps tendinitis.

Keywords: local injection therapy, long head biceps tendinitis.

Введение. Тендиниты длинной головки двуглавой мышцы плеча являются одной из частых причин развития боли в плечевых суставах у взрослого населения. Несмотря на то, что в арсенале врача имеются много средств лечения тендинитов длинной головки двуглавой мышцы плеча, эффективность лечения данной патологии остаётся не высокой, что требует поиска и внедрения в клиническую практику новых методик лечения.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 15 пациентов, 12 мужчин и 3 женщины с хронической болью в области плечевого сустава вследствие тендинита длинной головки двуглавой мышцы плеча. Средний возраст пациентов составил $57,2 \pm 13,4$ лет.

Критериями включения пациентов в исследование были: возраст ≥ 18 лет; выраженность

боли в области плеча ≥ 50 мм по визуальной аналоговой шкале (ВАШ, 100 мм); длительность боли в области плечевого сустава от начала заболевания более 3 месяцев; наличие признаков тендинита длинной головки двуглавой мышцы плеча, подтверждённых данными ультразвукового исследования.

Для локальной инъекционной терапии тендинитов длинной головки двуглавой мышцы плеча использовали супензию бетаметазона в дозе 0,5 мл. двукратно с интервалом между инъекциями 10 дней. Инъекции выполняли под ультразвуковым контролем в положении пациента сидя. Препарат вводили в сухожильное влагалище длинной головки двуглавой мышцы плеча в области межбугорковой борозды плечевой кости. Результаты исследования оценивали через 1 месяц после курса лечения.

Результаты. Критериями эффективности



лечения были динамика интенсивности боли по ВАШ, а также динамика показателей функции плечевого сустава по опроснику «Американская хирургическая система оценки плечевого и локтевого суставов» (American Shoulder and Elbow Surgeons Assessment, ASES).

На фоне лечения по данной методике отмечено существенное уменьшение боли в области плечевого сустава. Если исходно выраженность боли составляла в среднем $66,5 \pm 13,3$ мм по ВАШ, то уже через 1 месяц после начала лечения она значительно уменьшилась (в среднем, на $41,2 \pm 15,7$ мм). Положительная динамика отмечалась и по данным опросника ASES. Так, в начале исследования среднее

значение ASES составляло $49,1 \pm 13,7$ балла, а через 1 месяц от начала лечения отмечено увеличение значений по данному опроснику до $87,2 \pm 12,67$.

Нежелательных реакций на локальную инъекционную терапию бетаметазона при проведении данного исследования выявлено не было.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют об эффективности локальной инъекционной терапии супспензии бетаметазона по предложенной нами методике при лечении пациентов с тендинитами длинной головки двуглавой мышцы плеча.



НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ПЛЕЧА

*УЗ «Гомельская университетская клиника –
областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны»,
г. Гомель, Республика Беларусь*

Аннотация. Переломы плечевой кости составляют в среднем 5-13 % всех переломов опорно-двигательного аппарата, а переломы проксимального конца плечевой кости составляют 75-80 % и чаще встречаются у пожилых людей. В связи со сложностью анатомического строения плечевого сплетения, иммобилизацией верхней конечности после травмы не всегда удается определить поражение плечевого сплетения.

Ключевые слова: реабилитация, травмы плеча, электронейромиография.

Drobova T.V., Tsitrinov V.A., Gulevich I.I., Kavalerchik Yu.G.

REHABILITATION OF NEUROLOGICAL COMPLICATIONS IN INJURIES OF THE PROXIMAL SHOULDER

*Gomel University Clinic – Regional Hospital for World War II Veterans,
Gomel, Republic of Belarus*

Abstract. Humeral fractures account for an average of 5-13 % of all musculoskeletal fractures, and fractures of the proximal end of the humerus account for 75-80 % and are more common among older people. Due to the complexity of the anatomical structure of the brachial plexus, immobilization of the upper limb after injury, it is not always possible to determine the lesion of the brachial plexus.

Keywords: rehabilitation, shoulder injuries, electroneuromyography.

Введение. Переломы плечевой кости составляют в среднем 5-13 % по отношению ко всем переломам опорно-двигательного аппарата, а переломы проксимального конца плечевой кости составляют 75-80 % и встречаются чаще у пожилых людей. У 75 % пациентов переломы проксимального отдела плечевой кости возникают в возрасте старше 60 лет, при этом у женщин они встречаются в 2-3 раза чаще, что напрямую связано с изменением гормонального фона, вследствие чего развивается остеопороз. Частые переломы в проксимальном отделе плеча объясняются еще и тем, что кортикальный слой этого участка тоньше, а хирургическая шейка плечевой кости является местом перехода фиксированной части плеча, ее головки (место прикрепления связок и мышц), в менее фиксированную, дифиз плечевой кости.

Материал и методы. Анализ проводился

на базе отделения медицинской реабилитации пациентов травматологического профиля «Гомельского областного клинического госпиталя инвалидов Великой Отечественной войны» (далее – Учреждение) среди пациентов с травматическими повреждениями проксимальных отделов плечевой кости (S42 – код по МКБ) за период с 01.01.2018 г. по 01.08.2019 г. Нами было обследовано 56 пациентов. Диагноз выставлялся на основании клинических данных, осмотра невролога и проведения электронейромиографии (ЭНМГ).

Результаты. Нами было установлено, что за период с 01.01.2018 г. по 01.08.2019 г. в отделении медицинской реабилитации пациентов травматологического профиля Учреждения с травматическими повреждениями проксимальных отделов плечевой кости было прооперировано 56 пациентов. У всех пациентов после травм прошло 6 и более недель. Все пациенты

в отделении были осмотрены неврологом, а также всем была проведена ЭНМГ. Неврологические осложнения отсутствовали у 16 пациентов (что составило 28,57 %); у 40 пациентов (что составило 71,43 %) были осложнения в виде поражений отдельных нервов или стволов плечевого сплетения. Среди пациентов без неврологических осложнений 8 (50 %) пациентам были проведены различные виды оперативного вмешательства. Среди пациентов с неврологическими осложнениями оперативному лечению подверглись лишь 12 (30 %) человек. Все пациенты на амбулаторном этапе не были осмотрены неврологом и не были обследованы, следовательно, не было вовремя выявлено поражение плечевого сплетения, из-за чего пациенты не получали полноценное лечение и реабилитацию.

После дообследования и выявления поражения плечевого сплетения в отделении медицинской реабилитации совместно с неврологом пациентам было назначено комплексное лечение:

- медикаментозное (нейропротекторы, антихолинэстеразные препараты, витамины

группы В);

- физиотерапевтическое лечение (электростимуляция парализованных мышц, электрофорез с антихолинэстеразными препаратами, ультразвук с обезболивающими и противовоспалительными гелями, лазеротерапия);
- массаж верхней конечности;
- лечебная физкультура;
- иглорефлексотерапия;
- гипербарическая оксигенация.

Все пациенты после проведенного лечения отметили увеличение силы и объема активных движений в плечевом суставе, были выписаны на амбулаторное лечение с рекомендациями по дальнейшему лечению.

Заключение. Таким образом, ввиду сложности анатомического строения плечевого сплетения, иммобилизации верхней конечности после травмы, не всегда можно определить поражение плечевого сплетения. Поэтому всех пациентов, перенесших травмы проксимальных отделов плечевой кости необходимо консультировать у невролога, а также использовать инструментальные методы диагностики.



ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АМПУТАЦИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ ТРАВМ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

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

Аннотация. Установлено, что нарушения психологического благополучия у лиц, перенесших ампутацию нижней конечности, более выражены после утраты конечности по причине заболеваний периферических артерий; в возрасте старше 50 лет; женского пола.

Ключевые слова: ампутация нижней конечности, психологическое здоровье, реабилитация.

Zhatko O.V., Iliashchuk N.A.

SPECIFICS OF THE PSYCHOLOGICAL COMPONENT OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH LOWER LIMB AMPUTATIONS DUE TO PERIPHERAL ARTERIAL INJURIES AND DISEASES

*Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Novokuznetsk, Russia*

Abstract. It has been estimated that psychological well-being disorders among patients who have had a lower limb amputation are more pronounced after limb loss due to peripheral arterial disease; over the age of 50 years; female.

Keywords: lower limb amputation, psychological health, rehabilitation.

Введение. Ампутация нижней конечности влечет за собой целый комплекс нарушений качества жизни человека как физического, так и психологического характера. Успешная реабилитация возможна при адекватной коррекции этих нарушений, что, учитывая их взаимосвязь и взаимное влияние, диктует необходимость мультидисциплинарного подхода к реабилитации пациентов с учетом индивидуальных особенностей, зависящих от разных факторов и причин.

Целью данной работы явилось изучение нарушений психологического компонента здоровья у пациентов, утративших нижнюю конечность в результате травм и заболеваний периферических артерий (ЗПА).

Материал и методы. В рамках проведения мероприятий первичного протезирования с помощью опросника «SF-36» обследованы 280 пациентов с постампутационными дефектами (ПАД) бедра и/или голени, утративших конечность вследствие травм или заболеваний периферических артерий (ЗПА: облитерирующие заболевания артерий, сахарный диабет с нарушениями периферического кровообращения), поступавших в клинику ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России в 2019-2021 годах. Из них 222 пациента подверглись усечению конечности по причине заболеваний периферических артерий, 58 – в связи с травмой. Мужчины составили 77,5 % (217 человек) выборки,

женщины – 22,5 % (63 человека). По уровню усечения конечности пациенты распределились следующим образом: с односторонней ампутацией бедра – 105 (37,5%), голени – 136 (48,6%) больных; с двусторонней ампутацией бедра – 8 (2,9%), голени – 27 (9,6%), бедра и голени – 4 (1,4%) человека. Средний возраст пациентов во всей группе составил $59,6 \pm 0,8$ года, в группе больных с ампутацией вследствие ЗПА – $63,0 \pm 0,7$, в связи с травмой – $46,7 \pm 1,6$ года.

«SF-36» относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни. Восемь шкал опросника формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. В данной работе изучался психологический компонент качества жизни, включающий шкалы психологического здоровья (ПЗ), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (РЭФ), социального функционирования (СФ) и жизненной активности (вitalности) (Ж).

Для представления результатов использованы стандартные методы описательной статистики. Сравнение различий двух несвязанных групп по одному признаку проводили с использованием критерия Манна-Уитни. Вычисления проводились с помощью пакета программ «Statistica-6.0». Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты. В группе больных с ЗПА установлены более низкие значения показателей по шкалам психологического компонента качества жизни, по сравнению с группой пациентов с травматической ампутацией; статистически

значимым ($p < 0,01$) оно было по всем шкалам, кроме ПЗ.

При этом у лиц младше 50 лет различия в группах с ЗПА и травмой не были статистически значимыми, тогда как в возрасте 50 лет и старше у больных с ЗПА показатели были статистически значимо ниже, чем у пациентов с ПАД вследствие травмы, по всем шкалам психологического благополучия: по шкале «Ж» – в 1,2 раза ($p = 0,006$); по шкале «СФ» – в 1,3 раза ($p = 0,05$); «РЭФ» – в 1,2 раза ($p = 0,04$); «ПЗ» – в 1,1 раза ($p = 0,01$).

У женщин независимо от причины ампутации конечности показатели психологического благополучия были ниже, чем у мужчин, по всем шкалам, но статистической значимости достигли только различия по шкале витальности «Ж» ($p = 0,02$).

Значимых различий, обусловленных уровнем ампутации или наличием парных ПАД конечности, анализ не выявил.

Выводы. Протезирование конечности и восстановление ходьбы в качестве коррекции двигательных нарушений после ампутации является основным, но не единственным аспектом эффективной реабилитации. С учетом особенностей психологического компонента качества жизни лиц с постампутационными дефектами конечности, связанных с типом нозологии, возрастом, полом, необходимо обеспечивать комплексный мультидисциплинарный подход к их реабилитации с целью, в том числе, психологической адаптации и, соответственно, повышения качества жизни данного контингента.





УДК 618(11+14+146)-006.6

Идрисова Л.С.¹, Сулейманов Э.А.², Шургая М.А.³, Пузин С.Н.⁴

ИНВАЛИДНОСТЬ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

ГБУ «Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребёнка им. Аймани Кадыровой»¹,
Правительство Чеченской Республики²,
г. Грозный, Россия

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»
Минздрава Российской Федерации»³,
ФГБНУ «Федеральный научный клинический центр реанимации и реабилитологии»⁴,
г. Москва, Россия

Аннотация. Представлены результаты изучения динамики и структуры инвалидности женского населения вследствие ЗНО репродуктивной системы (рака шейки матки, тела матки и яичников) в Чеченской Республике. Период исследования охватил 2014-2020 гг. Выявлены негативная динамика, существенный удельный вес женщин среднего возраста и тяжелой инвалидности второй группы в нозологических контингентах.

Ключевые слова: инвалидность, злокачественные новообразования, женщины, репродуктивная система, рак.

Idrisova L.S.¹, Suleimanov E.A.², Shurgaya M.A.³, Puzin S.N.⁴

DISABILITY OF THE FEMALE POPULATION DUE TO MALIGNANT NEOPLASMS OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM IN THE CHECHEN REPUBLIC

*Republican Clinical Center for Maternal and Child Health
named after Aimani Kadyrova, Grozny¹,
Government of the Chechen Republic, Grozny²,
Russian Medical Academy of Continuous Professional Education
of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow³,
Federal Scientific and Clinical Centre of Resuscitation and Rehabilitation
of the Ministry of Education and Science of Russia, Moscow⁴.*

Abstract. The results of a study of the dynamics and structure of the disability of the female population due to cancer of the reproductive system (cancer of the cervix, uterine body and ovaries) in the Chechen Republic are presented. The study period covered 2014-2020. Negative dynamics and a significant proportion of women of middle age and severe disability of the second group in the nosological contingents were revealed.

Keywords: disability, malignant neoplasms, women, reproductive system, cancer.

Введение. В России в рамках национального проекта «Здравоохранение» запущен федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями на 2018–2024 гг.». Класс злокачественных новообразований (ЗНО) объединяет целый ряд нозологических

форм, каждая из которых вызывает нарушения функций соответствующих органов и систем организма и обусловленные ими определенные виды ограничения жизнедеятельности (инвалидность). Разработка целенаправленных мероприятий медико-социальной реаби-

литации и профилактики требует проведения углубленного исследования нарушения здоровья вследствие конкретных нозологических форм ЗНО.

Цель исследования – Провести изучение динамики и структуры инвалидности женского населения вследствие ЗНО репродуктивной системы (рака шейки матки, тела матки и яичников) в Чеченской Республике.

Материал и методы. Источниками информации служили «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше» (форма 7-собес). Объект исследования: совокупность впервые признанных инвалидами (ВПИ) и повторно признанных инвалидами (ППИ) (по обращаемости в бюро МСЭ). Период исследования охватил 2014-2020 гг. Методы исследования: документальный, выкопировка данных, статистический и графический. Статистическая обработка результатов исследования производилась с использованием пакетов прикладных программ Statistica 10 и SAS JMP 11.

Результаты. Общий контингент инвалидов вследствие рака репродуктивной системы составил 1215 женщин (501 ВПИ и 714 ППИ, соответственно 41,2% и 58,8%), в том числе вследствие рака шейки матки – 536 женщин, рака яичников – 346 женщин и рака тела матки – 333 женщины. Численность инвалидов вследствие рака яичников (40 женщин в 2014 г.) и рака тела матки (43 женщины в 2014 г.) в динамике к 2020 г. возрастила. Показатели наглядности составили 155,8 % и 137,5 % соответственно. Динамика численности инвалидов вследствие рака шейки матки (76 женщин в 2014 г.) была неустойчивой: рост и снижение сменяли друг друга, а в 2020 г. численность инвалидов практически сравнялась с исходным значением (показатель наглядности – 101,3 %).

В контингенте инвалидов вследствие рака тела матки большинство составляли женщины пожилого возраста (65,5 %), тогда как значительно меньше было молодых (8,4 %). Как в контингенте инвалидов вследствие рака шейки матки (24,4 % инвалидов молодого возраста, 35,6 % среднего возраста и 39,9 % пожилого возраста), так и в контингенте инвалидов вследствие рака яичников, имела место меньшая дифференциация по возрасту (23,7 % инвалидов молодого возраста, 24 % инвалидов среднего возраста и 52,3 % инвалидов пожи-

лого возраста). Наименьшее различие между нозологическими контингентами наблюдалось по удельному весу инвалидов среднего возраста, а наибольшее – по экстенсивному показателю молодого возраста ($p < 0,0001$).

У инвалидов отмечались стойкие нарушения функций системы крови и иммунной системы (100 %), нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций (0,4 %), функции кожи и связанной с ней систем (0,3 %). Имели место нарушения способностей к передвижению (62,4 %), самообслуживанию (98,9 %) и трудовой деятельности (97,8 %). Первая степень ограничения жизнедеятельности чаще имела место в контингенте инвалидов вследствие рака тела матки, тогда как тяжелые вторая и третья степень – в контингенте инвалидов вследствие рака яичников при практически равных показателях удельного веса женщин с первой и второй степенью нарушения способности к трудовой деятельности в контингенте инвалидов вследствие рака шейки матки ($p < 0,0001$).

Превалирующей группой инвалидности в контингенте инвалидов вследствие рака яичников была вторая (59,8 %), тогда как в контингенте инвалидов вследствие рака тела матки – третья (59,2 %). В контингенте инвалидов вследствие рака шейки матки удельный вес инвалидов с второй группой и инвалидов с третьей группой существенно не различался (соответственно 44,0 % и 46,5 %). Также выявлено, что инвалидов с первой группой было больше в контингенте инвалидов вследствие рака яичников (17,9 %) по сравнению с другими нозологическими контингентами (соответственно 9,5 % и 5,4 % в контингентах инвалидов вследствие рака шейки матки и рака тела матки, $p < 0,0001$).

Заключение. Представленные результаты региональных особенностей инвалидности вследствие ЗНО репродуктивной системы свидетельствуют о негативной динамике, существенном удельном весе женщин среднего возраста и тяжелой инвалидности второй группы в нозологических контингентах. В этом аспекте первостепенной задачей являются мероприятия медико-социальной реабилитации, а также стратегия направленная на первичную профилактику (вакцинация против вируса папилломы человека, скрининг и лечение предраковых состояний).



АЛГОРИТМ НЕПРЕРЫВНОЙ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ: ОРГАНИЗАЦИЯ, ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ. ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

*Казанская государственная медицинская академия –
филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
г. Казань, Россия*

Аннотация. Зарубежный опыт реабилитации основан на концепции комплексной реабилитации. Целью является лечение и восстановление жизненно-важных функций организма, а также долговременная поддержка пациентов на пути их выздоровления и возвращения к нормальной жизни и профессии.
Ключевые слова: реабилитация, нейрореабилитация.

Isanova V.A.

ALGORITHM OF CONTINUOUS INTERDEPARTMENTAL NEUROREHABILITATION: ORGANIZATION, INNOVATIVE METHODS, DOMESTIC AND FOREIGN EXPERIENCE

*Kazan State Medical Academy – Affiliated Branch of the Russian Medical Academy
of Continuous Professional Education, Ministry of Healthcare of the Russian Federation
Kazan, Russia*

Abstract. The foreign experience of rehabilitation is based on the concept of comprehensive rehabilitation. The goal is to treat and restore vital body functions, as well as long-term support for patients on their way to recovery and return to normal life and profession.

Keywords: rehabilitation, neurorehabilitation.

Введение. В Российской Федерации на учете в органах состоят свыше 10 млн. инвалидов. По статистике Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) инвалиды с двигательными и когнитивными нарушениями занимают третье место в мире.

«...Все излечимые больные должны быть реабилитированы, они должны быть вновь доведены до того положения, с которого снизошли и должны вновь обрести чувство собственного достоинства, а с ним новую полноту жизни...», – указано в немецком научном трактате в 1844 году.

В Германии, под руководством профессора Шмидера, разработана всемирно известная программа лечения и реабилитации неврологических больных по фазам.

Следуя фазовой модели, известный про-

фессор Пауль Шенле, директор сети реабилитационных учреждений в Германии, считает: «Сейчас фазовая модель нейрореабилитации внедрена у нас повсеместно. Тренировки должны быть встроены в повседневную жизнь». По мнению экспертов ВОЗ, для стран – членов Европейского регионального бюро данной организации реальное достижение бытовой «независимости» можно ожидать через 3 месяца после развития инсульта не менее чем у 70 % больных, выживших в течение 1-го месяца.

Материал и методы. Разработанные в Казанской государственной медицинской академии патогенетические методы включены в программу постдипломного обучения специалистов. Метод «Кондуктивной терапии» обеспечивает психофизические тренинги на повседневную активность. Антигравитационное

устройство «Реабилитационный пневмокостюм Атлант» в методе «Кинезиотерапия в медико-кондуктивной реабилитации» ускоряет восстановление двигательных функций, самообслуживания, мобильности и коммуникации. Методы обладают уникальными свойствами проприоцептивной стимуляции афферентно-эфферентных путей центральной нервной системы (ЦНС), активизируют миотатический рефлекс на растяжение, влияют на альфа-, гамма-мотонейронную систему, обеспечивают нейрофизиологические условия для активного сокращения парализованных мышечных волокон, обладают эффектом временной и пространственной суммации импульсов в проводящих системах ЦНС.

Результаты. Анализ эффективности нейрореабилитации в условиях реабилитационных учреждений показал увеличение бытовой активности у 40 % инвалидов, получивших неоднократную в течение 2-х лет реабилитацию. Поступили в образовательные учреждения около 30 % инвалидов детей и подростков. Обрели адекватные профессии и навыки к труду 40 % инвалидов. Овладели элементами спорта

10 % инвалидов.

Выводы:

1. На межведомственном уровне необходимо разработать стандарты реабилитационных мероприятий непрерывной реабилитации инвалидов в рамках отраслевой компетенции.

2. Обеспечить на межведомственном уровне первичную специализацию реабилитологов, врачей и непрерывно повышать их квалификацию на базе высших образовательных учреждений.

3. Разработать взаимодействия бюро медико-социальной экспертизы и реабилитационных учреждений по анализу качества проведенных реабилитационных мероприятий в соответствии с целями реабилитации в индивидуальных программах реабилитации и абилитации.

4. Реабилитация, направленная на реализацию социальных прав человека с ограниченными возможностями, может быть успешной только при условии межведомственного сотрудничества на основе инициативы, гуманного отношения к обществу и профессионализма.



РАЗРАБОТКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АКТИВНОСТИ И УЧАСТИЯ ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ ПСИХИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ В СООТВЕТСТВИИ С ДОМЕНАМИ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ

*ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов имени Г.А. Альбрехта» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация. Рассмотрены вопросы определения активности и участия лиц с нарушением психической функции, проживающих в стационарных организациях и семьях, для определения объема и вида помощи.

Ключевые слова: система оценки, способность к сопровождаемому проживанию, инвалидность, психические нарушения.

Ishutina I.S., Pavlova SV., Kantysheva I.G., Khodakovskii M.D.

DEVELOPMENT OF INDICATORS OF ACTIVITY AND PARTICIPATION OF PERSONS WITH IMPAIRED MENTAL FUNCTION IN ACCORDANCE WITH THE ICF DOMAINS

*Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled
named after G.A. Albrecht, Ministry of Labour of the Russian Federation,
St. Petersburg, Russia*

Abstract. The issues of determining the activity and participation of persons with impaired mental function living in inpatient clinics and families to determine the scope and type of assistance are considered.

Keywords: assessment system, ability to assisting living, disability, mental disorders.

Введение. Ратификация Конвенции о правах инвалидов Российской Федерацией в 2012 году переориентировала социальную политику государства. Инвалидность стала рассматриваться с точки зрения существующих в среде и обществе барьеров, препятствующих успешной жизнедеятельности человека. Для интеграции лиц с психическими нарушениями в общество необходимо определить объем и вид поддержки, в которой нуждается инвалид. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) позволяет быстро и наглядно оценить исходный статус, динамику и достигнутый эффект процесса

реабилитации, а также на основе этих данных сформировать план предоставления социальной помощи.

Материал и методы. Показатели активности и участия граждан с нарушением психической функции разработаны в соответствии с доменами МКФ в рамках научно-исследовательской работы. В процессе исследования применялись метод экспертных оценок, метод синтеза и сравнительного анализа.

Результаты. Для разработки показателей активности и участия понимались измеримые критерии разделов «Активность и участие» МКФ, с особым вниманием к доменам подразделов «Самообслуживание» (d510-599) и «Бы-



товая жизнь» (d610-699). Под термином «быть трудоспособным» понимались домены МКФ из подраздела «Основные сферы жизни», покрывающего функции, важные для успешного осуществления работы, занятости, образования (d840-859).

Показатели активности и участия граждан с нарушением психической функции, которые необходимо оценивать для решения вопросов о форме жизнеустройства: обучение и применение знаний (d1), общие задачи и требования (d2), общение (d3), мобильность (d4), самообслуживание (d5), бытовая жизнь (d6), межличностные взаимодействия и общение (d7), глав-

ные сферы жизни (d8), жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь (d9).

Заключение. Анкета позволяет оценить способности (навыки и компетенции), важные для успешного осуществления бытовых функций и обеспечения бытового комфорта, самообслуживания; также внимание уделяется функциям, связанным с трудовыми отношениями. Анкета помогает определить необходимую помощь и поддержку лицам, которые в силу тяжести заболевания и имеющихся нарушений не могут проживать самостоятельно. Данные аспекты необходимы при организации сопровождаемого проживания.





УДК 614.29

Ключко С.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ И ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПРОГРЕССИРУЮЩИХ СКОЛИОЗОВ У ПОДРОСТКОВ

Филиал «Пятигорский»

*ФГУП «Московское протезно-ортопедическое предприятие» Минтруда России,
г. Пятигорск, Россия*

Аннотация. В статье описывается применение новых методов дистанционной коррекции (телемедицина) прогрессирующих сколиозов 3 степени у подростков-инвалидов, при помощи функционально-корригирующих корсетов, изготовленных с применением технологии 3D-моделирования (без использования гипсовых негативов и позитивов).

Ключевые слова: телемедицина, прогрессирующий сколиоз, функционально-корригирующий корсет.

Klyuchko S.V.

THE USE OF COMPUTER AND TELECOMMUNICATION TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF PROGRESSIVE SCOLIOSIS IN ADOLESCENTS

*The Pyatigorsk branch
of Moscow Prosthetic and Orthopedic Enterprise,
Ministry of Labour of the Russian Federation,
Pyatigorsk, Russia*

Abstract. The article describes the use of new methods of remote correction (telemedicine) of progressive scoliosis of 3 degree among disabled adolescents, with the help of functional corrective corsets made using 3D modeling technology (without the use of impression plasters).

Keywords: telemedicine, progressive scoliosis, functional corrective corsets.

Введение. В настоящее время под сколиозом позвоночника понимают сложную, трехплоскостную, многокомпонентную деформацию последнего. Наиболее часто данное заболевание поражает подростков (чаще всего страдают девочки). Причины (этиология) первичных (идиопатических) сколиозов до сих пор не ясны. Предлагаемые методы лечения носят патогенетический характер. Прогресс сколиоза ведет к инвалидизации больного, в патологический процесс вовлекаются, помимо опорно-двигательного аппарата, другие органы и системы организма подростка (прежде всего, дыхательная).

Появившийся в последние годы метод коррекции прогрессирующих сколиозов 3 сте-

пени у подростков-инвалидов, при помощи функционально-корригирующих корсетов, изготовленных с применением технологии 3D-моделирования (без использования гипсовых негативов и позитивов), может обеспечивать доступ к современным высокотехнологичным методам лечения без необходимости проезда больного к месту лечения и обратно.

Материал и методы. После установления необходимости изготовления функционально-корригирующего корсета замеры туловища производятся при помощи 3D сканирования. Для этого используется специальный сканер. Данные о пациенте (включая скан-образ туловища) передаются в специализированный центр, где происходит их обработка, подго-

товленный 3D скан-образ моделируется в специализированном программном обеспечении CAD/CAM. По окончании моделирования файл с 3D скан-образом передается в систему управления фрезеровального станка с числовым программным управлением, в который устанавливается полиуретановая основа и запускается процесс фрезерования. В результате мы получаем аналог гипсового позитива. Дальнейший процесс изготовления не отличается от типового процесса изготовления корсета из пластика. Доставленный к месту проживания ребенка – инвалида корсет примеряется, подгоняется и выдается больному. Производится обучение пользованию изделием. При этом в визитах к месту изготовления корсета (расположенном в другом регионе Российской Федерации) необходимости нет.

Результаты. В период 2018-2022 гг., нами изготовлено и выдано (дистанционно, без визита в специализированный центр) 65 корсе-

тов Шено пациентам от 10 до 17 лет; у всех был диагностирован сколиоз 3 и 4 степени.

В одном случае был получен удовлетворительный результат (сколиоз не прогрессировал); в 30 случаях отмечался хороший результат: по данным контрольной рентгенографии в корсете – уменьшение степени сколиоза до 2 степени; в 5-ти случаях достигнут очень хороший результат: на контрольной рентгенограмме в корсете – сколиоз 1 степени.

Неудовлетворительных результатов лечения (прогрессирование сколиотического процесса несмотря на корсетирование) не было.

Заключение. Примененный нами метод дистанционной коррекции прогрессирующих сколиозов 3 степени у подростков, при помощи функционально-корригирующих корсетов, изготовленных с применением технологии 3D-моделирования, показывает высокую эффективность.





УДК 616-009.11

Колчева Ю.А., Непомнящая С.А., Адрианов А.В.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ В ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ СО СПИНАЛЬНЫМИ МЫШЕЧНЫМИ АТРОФИЯМИ

*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт
усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация. Исследование перспективности использования Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в динамической оценке двигательного дефицита больных со спинальными мышечными атрофиями.

Ключевые слова: МКФ, спинальная мышечная амиотрофия, двигательные нарушения.

Kolcheva Yu.A., Nepomnyashchaya S.A., Adrianov A.V.

THE USE OF THE ICF IN THE OBJECTIFICATION OF MOTOR DISORDERS AMONG CHILDREN WITH SPINAL MUSCULAR ATROPHY

*Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical Experts,
Ministry of Labour of the Russian Federation,
St. Petersburg, Russia*

Abstract. Study of the prospects of using the International Classification of Functioning, Disability and Health in the dynamic assessment of motor deficits in patients with spinal muscular atrophy.

Keywords: ICF, Spinal muscular amyotrophy, movement disorders.

Введение. Спинальные мышечные атрофии (СМА) – обширная группа заболеваний детского возраста, для которых характерно преимущественно развитие двигательного дефицита, неминуемо приводящего к ограничениям жизнедеятельности. В настоящее время ведутся многочисленные исследования, направленные на своевременную коррекцию моторных нарушений при СМА, разработана поддерживающая медикаментозная терапия, способная замедлить прогрессирование заболевания. Несмотря на актуальность данной патологии, в иностранной и русскоязычной литературе встречаются только единичные сведения, включающие детальный анализ неврологического дефицита таких де-

тей в совокупности с оценкой социального функционирования, влияния факторов внешней среды, психологических составляющих. Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ) – инновационный информативный инструмент, в основе которого лежит биопсихосоциальная модель функционирования человека, способ детальной динамической оценки всех взаимовлияющих составляющих здоровья ребенка с СМА. Исследование перспективности внедрения МКФ в реабилитационную практику детского невролога, реабилитолога – весьма актуальная задача.

Материал и методы. Нами были проанализированы результаты динамического обсле-

дования 11 пациентов с СМА в возрасте от рождения до 3-х лет (6 мальчиков и 5 девочек). Всем детям проводилось динамическое комплексное клинико-неврологическое обследование, тестирование с применением стандартных опросников и шкал. Также осуществлялась детальная оценка составляющих здоровья по данным МКФ: функции (b), структуры (s), активность и участие (d), оценивались барьеры и облегчающие факторы окружающей среды (e), влияющие на течение абилитационного процесса. Подробно оценивались следующие функции: проприоцептивная функция (b260); функции подвижности сустава (b710); функции мышечной силы (b730); функции мышечного тонуса (b735); моторно-рефлекторные функции (b750); функции непроизвольной двигательной активности (b755); контроль произвольных двигательных функций (b760); функции стереотипа походки (b770); ощущения, связанные с мышцами и двигательными функциями (b780); функции толерантности к физической нагрузке (b455). Также учитывалась область поражения (структура): головной мозг (s110); спинной мозг и относящиеся к нему структуры (s120); верхняя конечность (s730); нижняя конечность (s750); туловище (s760) и др. Были составлены категориальные

профили для каждого конкретного случая, анализировалось состояние всех составляющих здоровья, подбирались индивидуальные абилитационные методики исходя из потребностей ребенка и его семьи, минимизировались барьеры. Положительный абилитационный эффект определялся на основе динамической оценки нарушенных доменов МКФ (улучшение на 1 балл не менее, чем в 3-х доменах).

Результаты. В результате проведенного исследования было выявлено, что использование категориальных профилей МКФ позволяет объективизировать состояние пациента с СМА, формировать индивидуальный план лечения, анализировать полученные результаты, влиять и устранять факторы, ограничивающие эффективность выбранной тактики лечения. Чувствительность выбранного нами метода оценки результативности абилитационного процесса составила 82 %, что дает основание его рекомендовать в медицинской практике в абилитации детей с СМА.

Заключение. Практическое применение МКФ позволит объективизировать выраженность нарушенных функций у детей с СМА, своевременно скорректировать проводимое лечение, что повысит качество абилитации у данного контингента.



ОСОБЕННОСТИ УПРАВЛЕНИЯ КРЕСЛОМ-КОЛЯСКОЙ ПАЦИЕНТАМИ С ТЕТРАПАРЕЗОМ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России¹,
КГПИ ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет»²,
г. Новокузнецк, Россия*

Аннотация. Актуальность определяется необходимостью восстанавливать мобильность пациентам с тетрапарезом, для чего необходимо знать, какие двигательные стереотипы и движения необходимо у них формировать. Цель: анализ особенностей управления креслом-коляской пациентами с тетрапарезом.

Материал и методы. 124 пациента с тетрапарезом обследованы клинически, проведено тестирование мышечной силы по Lovett, уровней компенсации двигательных функций, навыка пользования креслом-коляской.

Результаты. Для продвижения коляски пациенты используют плоскостной захват, используя движения рук, туловища и масс-инерционные характеристики тела. Поэтому им важно уметь сохранять равновесие в позе сидя; иметь активные движения в локтевых и плечевых суставах силой 2 балла по Lovett и выше.

Заключение. При управлении креслом-коляской пациенты с тетрапарезом используют плоскостной захват, активные движения рук, туловища и масс-инерционные характеристики тела.

Ключевые слова: кресло-коляска, тетрапарез, инвалиды.

Konovalova N.G.^{1,2}, Deeva I.V.¹, Drobysheva E.G.¹

FEATURES OF WHEELCHAIR MANAGEMENT IN TETRAPARESIS PATIENTS

*Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons,
Ministry of Labour of the Russian Federation¹,
Kemerovo State University²,
Novokuznetsk, Russia*

Abstract. It is necessary to know what motor stereotypes and movements need to be formed to restore mobility in patients with tetraparesis. Purpose: to analyze the features of wheelchair control by patients with tetraparesis.

Material and methods. Clinical examination, testing of muscle strength according to Lovett, determination the levels of motor functions' compensation, the skills of using wheelchair were carried out.

Results. Patients use a planar grip, arms, torso, mass-inertial characteristics of the body to move the wheelchair. Therefore, it is important to be able to maintain balance in a sitting posture; to have active movements in elbow and shoulder joints by Lovett of 2 score or higher.

Conclusion. Patients with tetraparesis use planar grip, arms', torso's active movements and body's mass-inertial characteristics to control the wheelchair.

Keywords: wheelchair, tetraparesis, disabled people.

Введение. Большинство пациентов с тетрапарезом – молодые люди, получившие тяжелую черепномозговую или спинномозговую травму на шейном уровне. Глубина пареза часто не позволяет им восстановить вертикальную позу и ходьбу, но освоение кресла-коляски открывает широкие возможности социальной самореализации. Однако управление креслом-коляской дается легко далеко не всем. Сенсорный и моторный дефицит ограничивает двигательные возможности. Требуется специальное обучение, с учетом имеющегося реабилитационного потенциала.

Чтобы знать, какие двигательные стереотипы нуждаются в формировании в первую очередь, нужно понять структуру движений пациентов с тетрапарезом при управлении креслом-коляской в разных биомеханических ситуациях.

Цель данной работы: анализ особенностей управления креслом-коляской пациентами с тетрапарезом.

Материал и методы. Исследование проведено на базе отделения медико-социальной реабилитации, физиотерапии и лечебной физкультуры Новокузнецкого научно-практического центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов в 2018-2022 гг. Наблюдали 124 пациента с тетрапарезом в промежуточном и позднем восстановительном периоде травматической болезни головного / спинного мозга в процессе освоения пользования креслом-коляской. Методы исследования: клиническое наблюдение, тестирование мышечной силы по Lovett, уровней компенсации двигательных функций и навыка пользования

креслом-коляской.

Результаты. При описании положения кистей на ободах колес используют образ циферблата часов. Для продвижения вперед кисти (пациенты используют плоскостной захват) устанавливают на ободья обоих колес на 11 часов и прокатывают до положения «2 часа», затем снова переставляют руки на 11 часов и все повторяется. При движении спиной вперед руки перемещаются с 2 часов на 11. Пациенты начинают осваивать эти действия при помощи движений туловища и конечностей с использованием масс-инерционных характеристик тела. Продвижение коляски вперед осуществляется при наклоне туловища вперед в начале движения колеса и при выпрямлении в конце движения. Продвижение назад выполняется в обратном порядке.

Таким образом, для освоения движения по прямой пациентам необходимо умение удерживать позу сидя, перемещать туловище и руки, сохраняя равновесие; иметь активные движения в локтевых и плечевых суставах не ниже 2 баллов по Lovett.

Заключение. При управлении креслом-коляской пациенты с тетрапарезом используют плоскостной захват, активные движения рук, туловища и масс-инерционные характеристики тела. Четкое понимание того, несовершенство каких двигательных функций и недостаток силы каких мышц ограничивает пациентов в овладении навыками управления креслом-коляской, может помочь в подборе физических упражнений для занятий лечебной физкультурой, проводимых параллельно обучению пользованию креслом-коляской.

ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ БЕЗОПАСНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ КРЕСЛОМ-КОЛЯСКОЙ У МАЛОМОБИЛЬНЫХ ИНВАЛИДОВ С УЧЕТОМ СЕНСОРНОГО И МОТОРНОГО ДЕФИЦИТА

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр

медицинско-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России¹,

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО
«Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России²,
г. Новокузнецк, Россия*

Аннотация. Актуальность определяется накоплением контингента маломобильных инвалидов.

Цель. рассмотреть варианты обучения пользованию креслом-коляской пациентов с различной структурой моторного и сенсорного дефицита.

Материал и методы. Наблюдали 355 пациентов с геми-, тетра- и параплегией в процессе освоения и совершенствования навыков пользования креслом-коляской.

Результаты. У пациентов с нижней параплегией освоение кресла-коляски лимитировалось слабостью мышечного корсета, неумением держать позу сидя. Возможности пациентов с гемипарезом ограничивались низкой физической работоспособностью, опасностью повредить парализованную руку при попадании в обод колеса. Возможности пациентов с тетрапарезом лимитировались слабостью мышц плечевого пояса и рук, особенно, пальцев; ограничением движений в суставах; неумением держать позу сидя; наличием спастического синдрома разной степени выраженности. Методики лечебной гимнастики и обучения пользованию креслом-коляской учитывали перечисленные особенности.

Заключение. При обучении пациентов пользованию креслом-коляской необходимо учитывать структуру и выраженность моторного и сенсорного дефицита.

Ключевые слова: сенсорный и моторный дефицит, безопасность, передвижение, кресло-коляска.

Konovalova N.G.^{1,2}

THE SKILLS FORMATION FOR SAFE USE OF A WHEELCHAIR IN LOW-MOBILE PERSONS ACCORDING TO SENSOR AND MOTOR DEFICIENCY

*Novokuznetsk Scientific and Practical Centre
for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons,
Ministry of Labour of the Russian Federation,
Novokuznetsk, Russia,*

*Novokuznetsk State Extension Course Institute for Medical Practitioners
Affiliated Branch of the Russian Medical Academy of Continuing Vocational Education²,
Nokuznetsk, Russia*

Abstract. The accumulation of people with limited mobility determined the relevance this work.

Purpose. to consider options for teaching wheelchair use to patients with varying patterns of motor and sensory deficits.

Material and methods. 355 patients with hemi-tetra- and paraplegia in the process of mastering and improving the skills of using a wheelchair were observed.

Results. Weakness of muscular corset, inability to maintain a sitting position limited the development of wheelchair skills in patients with lower paraplegia. Low physical performance, the risk of the paralyzed hand damaging when it hits the wheel rim limited the ability of patients with hemiparesis. Weakness of the shoulder girdle and arms'

muscles, especially fingers; limitation of joints movements, inability to keep a sitting posture, spastic syndrome of varying severity limited the possibilities of patients with tetraparesis. Methods of kinesitherapy and training in the use of a wheelchair took into account the listed features.

Conclusion. Accounting for the structure and severity of motor and sensory deficits is necessary when teaching patients to use a wheelchair.

Keywords: sensory and motor deficits, safety, movement, wheelchair.

Aктуальность работы определяется постепенным накоплением контингента маломобильных инвалидов вследствие роста выживаемости после получения травмы, заболевания и тяжестью патологии. Невозможность самостоятельного передвижения делает пациента полностью зависимым от окружения и требует постоянного ухода, кардинально меняя жизнь всей семьи.

В то же время крайне мало пациентов, тяжесть состояния которых не позволяет им освоить самостоятельное перемещение. Обилие степеней свободы дистальных отделов конечностей человека относительно туловища, высокая пластичность центральной нервной системы определяют способность к адаптации, формированию двигательных функций и приспособительной активности в условиях выраженного моторного и сенсорного дефицита. Объем и качество этой активности определяются индивидуальным реабилитационным потенциалом человека, который охватывает совокупность нейромоторных и нейросенсорных возможностей.

Сегодня существует широкий спектр моделей активных кресел-колясок, способных расширить двигательные возможности пациента, вплоть до передвижения по лестнице, пересеченной местности, занятий спортом высших достижений. Самостоятельное освоение подобных возможностей небезопасно, оно требует специального обучения, поиска индивидуальных вариантов обучения с учетом моторных и сенсорных возможностей.

В ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России на протяжении последних 40 лет ведется работа по социально-бытовой адаптации инвалидов с нарушением функции опоры и движения, в том числе – обучение пользованию креслом-коляской лиц с различной степенью выраженности и структуры моторного и сенсорного дефицита.

Цель работы: рассмотреть варианты обучения пользованию креслом-коляской пациентов с различной структурой моторного и сенсорного дефицита.

Материал и методы. Работа выполнена на базе отделения медико-социальной реабилитации, физиотерапии и лечебной физкультуры ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России в 2018-2022 гг. Наблюдали 196 пациентов с нижней параплегией, 35 пациентов с гемипарезом и 124 пациента с тетрапарезом в процессе освоения и совершенствования навыков пользования креслом-коляской. Целью госпитализации пациентов являлось освоение/совершенствование навыков пользования креслом-коляской. Никто из обследованных не имел противопоказаний к занятиям лечебной физкультурой, все были мотивированы к увеличению мобильности.

Сформировано 3 группы пациентов с учетом структуры моторного и сенсорного дефицита, проведен анализ факторов, лимитирующих освоение кресла-коляски у каждой из групп, и анализ путей компенсации этих факторов. Пациенты посещали десятидневные курсы лечебной физкультурой (ЛФК) и занятия по обучению пользованию креслом-коляской. Методы исследования при поступлении и перед выпиской: клиническое наблюдение, тестирование уровня компенсации функции сидения и навыков пользования креслом-коляской.

Результаты. Фактором, лимитирующим освоение всех возможностей активного кресла-коляски, у пациентов с нижней параплегией служила слабость мышечного корсета, неумение держать позу сидя. Перед ЛФК стояла задача увеличения силы аксиальной мускулатуры, рук и плечевого пояса, координации движений в положении сидя. На занятиях по обучению пользованию креслом-коляской достигнутые результаты использовали для формирования



специфических двигательных навыков.

Возможности пациентов с гемипарезом ограничивали низкая физическая работоспособность и опасность повредить парализованную руку при попадании в обод колеса. Поэтому ЛФК была направлена на увеличение силы мышц здоровых и парализованных конечностей, координации движений. Пациентов учили управлять креслом-коляской при помощи здоровых конечностей.

Особенность пациентов с тетрапарезом – общая мышечная слабость, плохая управляемость мышц плечевого пояса, рук и, особенно, пальцев; ограничение движений в суставах, неумение держать позу сидя, наличие спастического синдрома разной степени выраженности. На ЛФК пациенты работали над увеличением объема движений в суставах верхних конечностей, формированием активных движений руками в составе синергий, умением удерживать позу сидя. При обучении пользованию креслом-коляской использовали движения ту-

ловища и рук, масс-инерционные характеристики тела: для продвижения вперед наклонялись в начале движения колеса, выпрямлялись в конце. Продвижение назад выполняли в обратном порядке. Во избежание попадания пальцев в ободы колес использовали плоскостной захват.

Заключение. При обучении пациентов пользованию креслом-коляской необходимо учитывать структуру и выраженность моторного и сенсорного дефицита. Пациенты с нижней параплегией управляют креслом-коляской при помощи рук и плечевого пояса, используют цилиндрический захват. Пациенты с гемипарезом управляют креслом-коляской при помощи здоровых конечностей, при этом нижняя конечность не только выполняет толчок, но и играет роль руля. Захват обода – цилиндрический. У пациентов с тетрапарезом в управлении креслом-коляской участвуют движения туловища. Захват ободов – плоскостной.



ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГОНАРТРОЗОВ НА ПОСТУРАЛЬНУЮ РЕГУЛЯЦИЮ

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России¹, г. Новокузнецк, Россия

ФБУ Центр реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации «Топаз»², г. Мыски, Россия

Аннотация. В работе представлена стабилометрическая оценка влияния внутрисуставного введения различных препаратов, прессации триггерных точек околосуставных тканей на постуральную регуляцию пациентов с посттравматическими гонартрозами.

Ключевые слова: стабилометрия, гонартроз, лечение, постуральная регуляция.

Kornienko L.V.¹, Sergienko S.V.²

INFLUENCE OF VARIOUS METHODS OF GONARTROSIS' CONSERVATIVE TREATMENT ON POSTURAL REGULATION

Novokuznetsk State Extension Course Institute for Medical Practitioners – Affiliated Branch of the Russian Medical Academy of Continuing Vocational Education, Ministry of Healthcare of the Russian Federation¹, Novokuznetsk, Russia

Rehabilitation Centre «Topaz» of the Social Insurance Fund of the Russian Federation², Myski, Russia

Abstract. Stabilometric evaluation of the effect of intra-articular administration of various drugs, pressing of trigger points of periarticular tissues on postural regulation in patients with post-traumatic gonarthrosis is presented in the work.

Keywords: stabilometry, gonarthrosis, treatment, postural regulation.

Введение. Восстановление статодинамических функций – важная задача восстановительного лечения пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата (ОДА). Стабилометрия – метод, позволяющий объективно количественно оценить статодинамические функции, проследить их динамику под влиянием различных воздействий. В последние годы он все шире применяется для объективной оценки эффективности различных препаратов, методов, протезно-ортопедических изделий, используемых в терапии пациентов с различной патологией ОДА. Однако сведений о влиянии препаратов, вводимых в

коленный сустав, и нетрадиционных методов (прессация триггерных точек околосуставных тканей) на постуральную регуляцию не встречалось.

Цель работы: изучить эффективность внутрисуставного введения различных препаратов, прессации триггерных точек околосуставных тканей на постуральную регуляцию у пациентов с посттравматическими гонартрозами.

Материал и методы. Обследовано 80 взрослых пациентов с гонартрозом травматического генеза, которым в сустав вводили различные препараты, и 20 больных, не по-

лучающих такого лечения. 20 больным в сустав вводился кислород, около 60 мл 2 раза в неделю, всего 4 раза (первая группа), 20 пациентам – «Траумель-С» 2,2 мл № 5 (вторая группа), 20 больным – «Ферматрон» 2 мл № 2 (третья группа), и 20 больным – проводилась прессация триггерных точек околосуставных тканей «сухой иглой» 1-2 раза (всего) (четвертая группа). Все пациенты были обследованы клинически; всем проводилась стабилометрия до и после курса лечения.

Результаты и их обсуждение. По результатам стабилометрии у всех пациентов отмечалось нарушение постуральной регуляции. Смещение проекции общего центра масс (ОЦМ) как во фронтальной, так и в сагиттальной плоскостях в сторону от нормы, были увеличены девиации, длина и площадь статокинезиограммы. Частотные характеристики не отличались от нормы.

У всех пациентов после окончания курса лечения по результатам стабилографии отмечалось улучшение постуральной регуляции в различной степени. Так, проекция ОЦМ в сагиттальной плоскости приблизилась к среднему значению нормы у половины больных первой группы, у 43 % второй группы, у 3/4 пациентов – 3 группы, и в 63 % случаев – в четвертой. Эти данные свидетельствуют об улучшении разгибания в коленном суставе. Во фронтальной плоскости проекция ОЦМ приблизилась к норме у половины больных, которым вводили в сустав «Ферматрон», у 40 % обследуемых первой группы, в 43 % случаев

во второй группе, и у 75 % больных в четвертой группе. Этот показатель свидетельствует об уменьшении болей в коленном суставе. Площадь статокинезиограммы уменьшилась у половины больных первой и второй групп, у 70 % – третьей группы и у 63 % – четвертой. У всех больных произошло уменьшение девиаций в сагиттальной и фронтальной плоскостях более чем в половине случаев (70 %, 54 %, 75 %, и 61 %, соответственно). На длину статокинезиограммы введение «Ферматрона» не повлияло. В 10 % случаев она уменьшалась у пациентов 1 группы, у половины больных – в 4 группе и у 38 % обследуемых 2 группы.

Таким образом, у всех больных отмечалось улучшение постуральной регуляции после внутрисуставных инъекций различных препаратов в коленный сустав и при использовании метода «сухой иглы». Приближение проекции ОЦМ во фронтальной плоскости к норме свидетельствует об уменьшении интенсивности боли в коленном суставе, позволяющем больным в большей степени опираться на большую ногу, что подтверждалось клинически.

Выводы.

1. Применение внутрисуставного введения различных препаратов, прессация «триггерных точек» улучшают постуральную регуляцию у пациентов с гонартрозом.

2. Различные препараты, вводимые в сустав, метод «сухой иглы» по-разному влияют на стабилометрические характеристики при патологии коленного сустава.



ФАКТОРЫ, ОГРАНИЧИВАЮЩИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С УТРАТОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ

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

Аннотация. В ходе исследования установлены факторы, лимитирующие активность и участие инвалидов с утратой нижней конечности пожилого возраста: женский пол, возраст старше 66,5 лет, повышенный индекс массы тела, длительность ожидания первичного протезирования более года.

Ключевые слова: утрата нижней конечности, двигательная реабилитация, лимитирующие факторы.

Kramer I.V., Khokhlova O.I., Zhatko O.V.

FACTORS LIMITING THE RESULTS OF MOTOR REHABILITATION OF ELDERLY DISABLED PEOPLE WITH LOWER LIMB LOSS DURING PRIMARY PROSTHETICS

*Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and
Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons,
Ministry of Labour of the Russian Federation,
Novokuznetsk, Russia*

Abstract. The study identified factors limiting activity and participation of disabled persons with lower limb loss in the elderly: female gender, age over 66.5 years, elevated body mass index, and a waiting period of more than a year for primary prosthetics.

Keywords: lower limb loss, motor rehabilitation, limiting factors.

Введение. При разработке программы реабилитации инвалидов с утратой нижней конечности выделяют несколько этапов в ходе восстановления функционирования, активности и участия данного контингента. Мероприятия каждого этапа планируют, исходя из индивидуальных проблем реабилитации, основанных на состоянии здоровья пациентов, уровне ампутации и значимых персональных и средовых факторах. Особенno это актуально для людей пожилого и старческого возраста, обладающих низкой двигательной активностью, низким потенциалом к передвижению или перемещению, проблемами в когнитивной сфере, значительной зависимостью от окружающих.

Цель. Определить факторы, лимитирующие результаты двигательной реабилитации инвалидов с утратой нижней конечности пожилого возраста при протезировании.

Материал и методы. В исследовании приняли участие инвалиды с утратой нижней конечности, проходившие первичное протезирование и реабилитацию в клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в течение 2019-2021 годов.

Оценка двигательного статуса участников исследования проводилась с помощью индекса ходьбы Хаузера и теста мобильности Ривермид; оценка когнитивных способностей – с помощью краткой шкалы оценки психического статуса. Для определения прогноза протези-

рования использовался предиктор мобильности ампутанта. Для статистического анализа применялись метод логистической регрессии, U-критерий Манна-Уитни для независимых групп. Нулевую гипотезу отвергали в случае уровня значимости $p < 0,05$.

Исследование проводили в двух направлениях: по возрасту пациентов и результатам реабилитации.

При исследовании по возрасту пациенты были распределены по группам: в одну группу вошли пациенты до 60 лет включительно, в другую – старше 60 лет. При исследовании по результатам реабилитации: пациентов в возрасте старше 60 лет распределили по группам, основываясь на значении индекса ходьбы Хаузера после реабилитации. В первую группу вошли инвалиды со значением индекса ходьбы Хаузера меньше либо равно 5 (удовлетворительный результат реабилитации), во вторую – больше 5.

Результаты. Выяснено, что лимитирующими факторами, влияющими на результаты двигательной реабилитации инвалидов с утратой нижней конечности в возрасте старше 60 лет, являются изначальное состояние двигательных функций пациента, его способность

к перемещению (способность вставать с кровати и ложиться на кровать, садиться на стул или инвалидное кресло и вставать с них и т.д.), к передвижению, возможность ходьбы на длинные расстояния, а так же низкое физическое и социальное функционирование в соответствии с оценкой показателей качества жизни. Из когнитивных функций в качестве лимитирующих факторов в этом возрасте выступают память и концентрация внимания.

В ходе логистической регрессии было установлено, что основными значимыми факторами, лимитирующими двигательную реабилитацию пожилых инвалидов вследствие утраты нижних конечностей, являются возраст старше 66,5 лет, женский пол, индекс массы тела более 28,5 кг/м², давность ампутации на момент протезирования более 12 мес. И если на первые два фактора повлиять невозможно, то два последних подлежат коррекции.

Вывод. Повышение эффективности реабилитации инвалидов вследствие утраты нижних конечностей старше 60 лет возможно при условии проведения мероприятий, направленных на сокращение срока ожидания первичного протезирования и на уменьшение индекса массы тела инвалида.



ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДЫ СПЕЦИАЛИСТОВ РАННЕЙ ПОМОЩИ В ВЕДЕНИИ НОВОРОЖДЁННЫХ С АБСТИНЕНТНЫМ СИНДРОМОМ

*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт
усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России¹,
СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 22»²,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация. Мировые современные научные исследования доказывают критическое значение первых трёх лет жизни в развитии ребенка. Правильно организованная и своевременная ранняя комплексная помощь детям раннего возраста с нарушениями в развитии способна предупредить формирование вторичных отклонений, обеспечить максимальную реализацию потенциала ребенка. В работе рассматриваются возможности применения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в подборе мультидисциплинарной команды специалистов ранней помощи новорождённым с абстинентным синдромом.

Ключевые слова: служба ранней помощи, развитие детей, Международная классификация функционирования, жизнедеятельности и здоровья, мультидисциплинарная команда, абстинентный синдром новорожденных.

Lebedeva N.V.^{1,2}, Kolcheva Yu.A.¹, Evsyukova T.A.², Adrianov A.V.¹

APPLICATION OF THE ICF IN THE FORMATION OF A MULTIDISCIPLINARY TEAM OF EARLY CARE SPECIALISTS IN THE MANAGEMENT OF NEWBORNS WITH WITHDRAWAL SYMPTOMS

*St. Petersburg State Course Institute for Medical Practitioners,
Ministry of Labour of the Russian Federation¹,
Children's City Hospital No.22²,
St. Petersburg, Russia*

Abstract. Modern scientific studies shows the critical importance of the first three years of life in child's development. Properly organized and early comprehensive intervention for early age children with development disabilities can prevent the emergence of secondary deviations, ensure child's potential maximum realization. This paper examines the application of the International Classification of Functioning, Vitality, and Health (ICF) in the selection of a multidisciplinary team of early intervention specialists for newborns with withdrawal syndrome.

Keywords: Early intervention service, child's development, International Classification of Functioning, Disability and Health, multidisciplinary team, newborn abstinent syndrome.

Введение. Ранняя помощь детям и их семьям – это комплекс услуг, оказываемых на междисциплинарной основе детям целевой группы и их семьям, направленных на содействие физическому и психическому развитию детей, их вовлеченности в естественные жизненные ситуации, формирование позитивного взаимодействия и отношений детей и родителей, детей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц, в семье в целом, включение детей в среду сверстников и их интеграцию в общество, а также на повышение компетентности родителей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц (методические рекомендации по организации ранней помощи Минтруда России от 25.12.2018 г.). Методологическая основа ранней помощи детям и их семьям тесно связана с использованием Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Материал и методы. Группу обследуемых составили 20 детей (8 мальчиков и 12 девочек) в возрасте от 2-х до 14 суток жизни, проходивших лечение в отделении новорожденных СПб ГБУЗ ДГБ № 22 в период с 2020-2021 гг. с диагнозом: «Абстинентный синдром». Анамнез детей был, как правило, неполным; во время беременности женщины не наблюдались гинекологом. Срок родов составлял 34-40 недель. Все матери имели В-23 и вирусный гепатит С. При сборе анамнеза матери сообщали о регулярном употреблении наркотических средств (8 матерей – метадон, 1 – амфетамин, 1 – трамадол, 2 – «соли», 1 – героин, 5 матерей вид наркотического средства не уточнили). Женщины употребляли наркотические средства за 1-7 дней до родов. Для каждого конкретного случая были проанализированы все составляющие здоровья детей и их семей, были составлены категориальные профили МКФ. На основании нарушенных доменов создавалась индивидуальная междисциплинарная команда специалистов, которая курировала процесс ле-

чения. Категориальные профили МКФ оценивались в динамике (каждые 2 недели) для анализа результативности проводимого лечения.

Результаты. При анализе профиля МКФ (активность и участие) выявлено, что 100 % детей имели ограничения жизнедеятельности в категории d1 – обучение и d3 – коммуникация.

На фоне повышенной нервно-рефлекторной возбудимости и гиперестезии кожи у них нарушались зрительное и слуховое сосредоточение, слежение за предметами. Все дети находились на искусственном вскармливании, проблемы с питанием и сосанием имел только один ребенок, у которого были отмечены ограничения жизнедеятельности в категории d5. Один ребенок имел нарушения в категории d4 – мобильность. Междисциплинарная команда специалистов подбиралась индивидуально в зависимости от выраженности нарушенных функций по данным МКФ. Так, в процессе наблюдения было выявлено, что семьи с детьми с абстинентным синдромом должны находиться под контролем врача педиатра развития, взаимодействовать с психологом, педагогом для освоения ежедневных рутин; одному ребенку из исследуемой группы необходима была куратория физического терапевта для предупреждения развития двигательных нарушений.

Заключение. Наиболее значимыми доменами для углубленного анализа состояния детей с абстинентным синдромом являлись d1, d3, d4, d5. В связи с этим для предупреждения развития выраженных ограничений жизнедеятельности, профилактики формирования детской инвалидности в мультидисциплинарную команду специалистов должны входить: педиатр развития, физический терапевт, педагог, психолог. Таким образом, МКФ, как методологическая основа ранней помощи, может быть рекомендована в качестве оценочного инструмента и для подбора специалистов мультидисциплинарной команды в каждом индивидуальном случае.

ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ КАК ПРОФИЛАКТИКА ИНВАЛИДНОСТИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
ГУ «Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии»²,
г. Минск, Республика Беларусь

Аннотация. Переломы в типичном месте костей предплечья у молодых людей, являясь спортивной травмой, имеют особенности – они всегда осложнены наличием смещений, осколков, часто – поражением периферических нервов. Раннее начало и сочетание различных средств медицинской реабилитации у пациентов с металлоостеосинтезом способствуют уменьшению сроков реабилитации пациентов.

Ключевые слова: оскольчатый перелом костей предплечья, малоинвазивный остеосинтез, медицинская реабилитация, физиотерапия, металлоостесинтез.

Malkevich L.A.¹, Korzun O.A.², Vanda A.S.¹, Putikov A.D.¹

OSTEOSYNTHESIS FOR FOREARM BONE FRACTURES AS PREVENTION OF DISABILITY AMONG YOUNG PEOPLE

*Belarusian State Medical University¹,
Republican Scientific and Practical Center of Traumatology and Orthopedics²,
Minsk, Republic of Belarus*

Abstract. Fractures in the typical place of forearm bones among young people, being a sport injury, have peculiarities: they are always complicated by the presence of displacements, fragments and often by the affection of peripheral nerves. Early onset and a wide range of medical rehabilitation means in patients with metal osteosynthesis help to reduce the rehabilitation period.

Keywords: comminuted fracture of the bones of the forearm, minimally invasive osteosynthesis, medical rehabilitation, physiotherapy, metal osteosynthesis.

Введение. Перелом со смещением костных отломков и необходимость остеосинтеза требует достаточно длительного периода иммобилизации, что ограничивает возможность самообслуживания и качество жизни. Важно отметить, что осложнениями после такой травмы являются гипотрофия мышц конечности и контрактуры суставов.

С точки зрения ортопедов-травматологов, применение малоинвазивного остеосинтеза пластиной по сравнению с открытой репозицией позволяет уменьшить количество инфекционно-некротических раневых осложнений и снизить частоту замедленной консолидации и несращений. Это особенно важно, когда

подобные травмы получают лица молодого возраста, находящиеся в профессионально-активном периоде жизни, и длительная утрата или необратимое изменение функционирования могут привести не только к снижению качества жизни, но и к потере профессии.

Сроки иммобилизации при сложных переломах костей предплечья при использовании циркулярной гипсовой повязки зависят от возраста пациента и степени тяжести травмы, составляют от 6-8 недель до 3-х месяцев. Накостный способ остеосинтеза позволяет отказаться от наложения гипсовой повязки, восстановить безболезненную функцию конечности в ранние сроки после операции. Все это способ-

твует профилактике ряда осложнений, связанных с длительной иммобилизацией, и более раннему восстановлению трудоспособности

В этой связи логично утверждение, что применение металлоостеосинтеза в лечении переломов костей является основанием для более раннего начала медицинской реабилитации и восстановления функции травмированной конечности.

Материал и методы. Физиотерапевтические методы, комплекс специальных упражнений, наблюдение. Сравнительный анализ данных.

Результаты. Анализ данных при переломе костей предплечья позволил провести сравнение способов лечения и связанных с этим сроков: иммобилизации; начала медицинской реабилитации и длительности периода восстановления до полного выздоровления. Сравнивались тяжесть травмы: оскольчатый перелом лучевой кости в типичном месте, осложненный (4 случая) и неосложненный (5 случаев) отрывом шиловидного отростка локтевой кости (I группа) и простой диафизарный перелом обеих костей предплечья (10 случаев, II группа); примененные методы лечения: накостный остеосинтез с одной стороны (I группа, n = 9) и фиксация гипсовой повязкой (II группа, n = 10). Оценивались изменения показателей объема движений в конечности, окружностей и увеличение мышечной силы – косвенного показателя восстановления трофики тканей.

Анализ показал, что у всех 9 пациентов (I группа) в результате оскольчатого перелома лучевой кости в типичном месте с отрывом (и без) шиловидного отростка локтевой кости была выполнена иммобилизация, направленная на фиксацию отломков, с применением металлоостеосинтеза костей предплечья. Пациенты не предъявляли жалоб (в том числе на боль любой локализации), а слабо выраженная отечность (послеоперационная) уменьшилась и полностью исчезла после выполнения магнитотерапии.

Во II группу были объединены 10 пациентов с диафизарным переломом обеих костей предплечья без смещения костных отломков, у которых была применена иммобилизация гипсовой повязкой.

Реабилитационные мероприятия у пациентов I группы (с металлоостеосинтезом) были начаты со второго дня после операции. Применялись: лечебная физическая культура (идиомоторные, активные изометрические, динамические упражнения); гидрокинезотерапия; массаж; методы физиотерапии (магнитная и лазерная терапия). Пациентам II группы (с гипсовой повязкой) с 3-го дня была назначена магнитотерапия на область проекции перелома, а активные реабилитационные мероприятия были начаты на следующий день после снятия иммобилизации. Следует отметить, что у всех пациентов этой группы к моменту начала восстановительных мероприятий отмечались: пастозность, гипотрофия мышц верхней конечности и вызванное ею снижение мышечной силы кисти, контрактуры лучезапястного и локтевого суставов, тугоподвижность пальцев кисти. Кроме того, 4 пациента предъявляли жалобы на боли в области плече-лопаточного сращения и шейного отдела позвоночника.

Восстановление в I группе составило 2-2,5 месяца с момента получения травмы. Пациенты II группы, начавшие получать восстановительное лечение после снятия иммобилизации, смогли восстановить функцию конечности в течение более длительного периода времени – 4-6 месяцев. При этом четырем из 10 пациентов с посттравматическим болевым синдромом потребовалась консультация невролога и последующее профильное лечение по поводу дорсопатии.

Заключение. Таким образом:

1. Раннее начало и сочетание различных средств медицинской реабилитации у пациентов с металлоостеосинтезом способствуют уменьшению сроков реабилитации пациентов.

2. Отсутствие иммобилизации гипсовой повязкой у пациентов с металлоостеосинтезом не вызывает нарушения кинематики и постурального положения плечевого пояса и позвоночника, что является протектором развития или обострения хронической вертеброгенной патологии.

3. При металлоостеосинтезе период нетрудоспособности значительно короче и не имеет длительной утраты функции конечности.



ПРИМЕНЕНИЕ БАЗОВОГО НАБОРА МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ПРАКТИКЕ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ

*ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов имени Г.А. Альбрехта» Минтруда России¹,
ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России²,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация. Комплексный базовый набор Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (БН МКФ) при расстройстве аутистического спектра (PAC) содержит оптимальный набор категорий МКФ, необходимых для наиболее полного описания уровня функционирования ребенка с PAC. Применение комплексного БН МКФ при PAC упрощает реализацию этапов реабилитации/абилитации ребенка с PAC. Описаны преимущества и проблемы применения комплексного БН МКФ при PAC в практике реабилитации и абилитации детей с расстройствами аутистического спектра.

Ключевые слова: PAC, аутизм, МКФ.

Malkova S.V.¹, Lorer V.V.^{1,2}, Shoshmin A.V.¹

APPLICATION OF THE ICF CORE SET FOR AUTISM SPECTRUM DISORDER IN THE PRACTICE OF REHABILITATION AND HABILITATION OF CHILDREN

*Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, Ministry of Labour of the Russian Federation¹
The First Pavlov State Medical University of St. Petersburg,
Ministry of Healthcare of the Russian Federation²,
St. Petersburg, Russia*

Abstract. The Comprehensive ICF Core Set for Autism Spectrum Disorder (ICF Core Set for ASD) contains an optimal set of ICF categories needed to most fully describe the level of functioning of a child with ASD. The use of the Comprehensive ICF Core Set for ASD simplifies the implementation of the stages of rehabilitation/ habilitation of a child with ASD. The advantages and problems of using the Comprehensive ICF Core Set for ASD in the practice of rehabilitation and habilitation of children with autism spectrum disorders are described.

Keywords: ASD, autism, ICF.

Введение. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) является методологической основой для реабилитации и абилитации. Для стандартизации

описания функциональных способностей, здоровья и ограничений жизнедеятельности детей с нарушениями развития разрабатываются разные инструменты, основанные на МКФ, в том числе базовые наборы МКФ (БН МКФ).

В области детской патопсихологии разработаны базовые наборы МКФ для описания синдрома дефицита внимания и гиперактивности, детского церебрального паралича и расстройства аутистического спектра (PAC); они являются основой для проведения комплексной оценки функционирования ребенка, его семьи и других контекстовых факторов, а также разработки индивидуального реабилитационного/абилитационного маршрута и оценки его эффективности. Комплексный базовый набор МКФ при расстройстве аутистического спектра (БН МКФ при PAC) содержит оптимальный набор категорий МКФ, необходимых для наиболее полного описания уровня функционирования ребенка с PAC.

Материал и методы. Проведен анализ документации учреждения (устава, положения о Центре, положения об отделении, должностных инструкций специалистов, реабилитационных карт) и содержания работы специалистов (применяемых методик и технологий). Проведено сопоставление данных, представленных в документации учреждения, предоставляющего услуги реабилитации/абилитации детям с PAC, с категориями комплексного БН МКФ при PAC, переведенного на русский язык в ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России в рамках научно-исследовательской работы.

Результаты. В результате сопоставления данных, представленных в документации учреждения с категориями комплексного БН МКФ при PAC, выявлены следующие проблемы: отсутствие нормативного правового регулирования в вопросах применения МКФ в реабилитационных учреждениях Российской

Федерации; трудности в междисциплинарном взаимодействии специалистов, необходимом для обсуждения этапов реабилитации/абилитации; недостаток необходимых знаний и опыта в области применения МКФ; сложности в подборе методик оценки функционирования для БН МКФ при PAC, особенно в подборе количественных показателей оценки для качественных характеристик PAC.

Преимущества применения заключается в том, что БН МКФ при PAC создает целостное понимание здоровья, позволяя сформировать развернутый функциональный профиль ребенка, не фокусируясь только на диагнозе или инвалидности; дает возможность оценить как слабые, так и сильные стороны ребенка с PAC, с учетом факторов окружающей среды и личностных факторов; упрощает постановку целей реабилитации/абилитации; позволяет выявить потребность в реабилитационных/абилитационных мероприятиях, направленных на повышение способностей ребенка с PAC, и провести оценку эффективности проведенных реабилитационных/абилитационных мероприятий.

Заключение. Комплексный БН МКФ при PAC соответствует практической деятельности специалистов, применяемым ими методикам и технологиям в работе с детьми с PAC, а также является основой для разработки инструментов для работы междисциплинарной команды и сопровождения этапов реабилитации/абилитации детей с PAC: протоколов проведения оценочных процедур, функционального профиля ребенка с PAC, индивидуальных планов реабилитации/абилитации.



Миненков В.А., Жестикова М.Г., Сытин Л.В., Айкина Т.П., Зорькин И.И.

РОЛЬ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ КОМАНДЕ

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей –
филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования» Минздрава России,
г. Новокузнецк, Россия*

Аннотация. Сформулированы основные положения, которыми должен руководствоваться клинический психолог при разработке дифференцированных комплексов психологической реабилитации пациентов с различной соматической патологией, заболеваниями центральной и периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата.

Ключевые слова: психологическая реабилитация, клинический психолог, психоdiagностика.

Minenkov V.A., Zhestikova M.G., Sytin L.V., Aikina T.P., Zorkin I.I.

THE ROLE OF CLINICAL PSYCHOLOGIST IN MULTIDISCIPLINAR REHABILITATION TEAM

*Novokuznetsk State Extension Course Institute for Medical Practitioners –
Affiliated Branch of Novokuznetsk State Extension Course Institute
for Medical Practitioners, Ministry of Healthcare of the Russian Federation
Novokuznetsk, Russia*

Abstract. The article outlines the main provisions that should guide the clinical psychologist in developing differentiated complexes of psychological rehabilitation for patients with various somatic pathologies, diseases of the central and peripheral nervous system and the musculoskeletal system.

Keywords: psychological rehabilitation, clinical psychologist, psychodiagnostics.

Введение. Проведение медицинской и комплексной реабилитации у больных и инвалидов является неотъемлемой частью восстановления независимого функционирования. В рамках общего процесса работы с пациентом над восстановлением утраченных функций психологическая реабилитация проводится прежде всего врачами и клиническими психологами в тесном содружестве с другими специалистами, участвующими в программе комплексной реабилитации [3]. Своевременная диагностика психологических особенностей пациента в процессе реабилитации является важнейшим элементом психологического

равновесия.

Целью настоящего исследования является выявление показаний для проведения психологической реабилитации у пациентов с нарушением функций при соматической патологии, заболеваниях центральной и периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели в оценке клинического и функционального состояния пациентов нами использовались следующие диагностические методы: метод психологической диагностики; метод нейропсихологического исследования

по А.Р. Лурия; клинический психиатрический метод; метод клинического неврологического осмотра.

Для уточнения реабилитационного диагно-за проводилось дополнительное обследование, среди них: нейрофизиологические методы, ме-тоды рентгенологической визуализации, про-фильные функциональные шкалы, опросники, индексы. При наличии показаний больные были проконсультированы терапевтом, кардиологом, эндокринологом, отоларингологом, нейрохирургом, офтальмологом, наркологом и др.

По мере окончания диагностических, кли-нических и лечебных мероприятий, при до-стижении компенсированного состояния по жизненно важным функциям, таким как: са-мостоятельное дыхание, стабильная дея-тельность сердечно-сосудистой системы и термо-регуляции, наличие сознания и способность к концентрации внимания больные, переводи-лись на этапы реабилитации.

Методом случайной выборки нами было проведено обследование 1023 пациентов в возрасте от 19 до 80 лет, среди них мужчин – 450 (43,98 %) и женщин 573 (56,02 %). Группа пациентов с нарушением функции централь-ной нервной системы составила 174 человека (26,59 %). Группа пациентов с нарушением функции периферической нервной системы и патологией опорно-двигательного аппарата составила 272 человека (17,01 %). Группа па-циентов, имеющих функциональные наруше-ния при соматической патологии, составила 577 человек (56,40 %).

Реабилитационные мероприятия проводи-лись сотрудниками мультидисциплинарной реабилитационной команды (МДРК) соот-ветствующего профиля. Особенностью реа-билитационного осмотра пациентов является разбор индивидуальных деонтологических ас-пектов в психологическом состоянии пациен-та членами МДРК. Во время заседания членов МДРК клинический психолог формирует инди-видуальные психологические и деонтологиче-ские подходы в работе членов МДРК в каждом конкретном случае [5].

При проведённом анализе случаев нами были сформулированы следующие выводы, которые психолог должен учитывать при рабо-те по психологической реабилитации.

Итак:

1. Психолог должен выявлять и учитывать

деонтологические ситуации, имеющие место в работе с пациентами.

2. Выявлять тип высшей нервной дея-тельности (ВНД) – темперамент (определяет врождённые особенности личности, что так-же важно для решения вопросов комплексной реабилитации и поведения профориентации, перепрофориентации).

3. Диагностировать тип личности, так как это обуславливает многообразие приобретён-ных свойств, а также состояния компенсации, субкомпенсации и декомпенсации.

4. Выявлять доклинические и клинические формы личностного реагирования.

5. Выявлять задержки формирования высших корковых функций - первичные и вторичные, например, педагогическая запущенность, обуслав-ливающие различные формы задержек психи-ческого развития.

6. Выявлять и учитывать деонтологические врачебные ситуации, которые содержат пробле-мы врачебной деонтологии, требующие для их решения участия психологов, нейропсихологов, психотерапевтов.

7. Учитывать особенности работы с тяжё-лыми больными, функциональные возможнос-ти которых крайне ограничены. В подобных случаях особенно важно проводить работу с па-циентами и членами их семей по предуп-реждению их вовлечения в социально-сомните-тельные или откровенно криминальные сооб-щества.

8. Разъяснять всем категориям пациентов о необходи-мости всех видов активности и дви-жения.

9. Учитывать некоторые положения, сущест-вующие в медицине (диетология, в качестве при-мера), но неодобряемые другими общеприня-тыми институтами, например, религиозными (посты, как пример противоположного мне-ния) [1, 2].

10. При оценке психологической ситуации клинический психолог должен уметь диагно-стрировать психические нарушения, имеющие клинический психиатрический характер, и пе-ревести пациента под наблюдение специалиста психиатра.

11. Клинический психолог должен знать и активно использовать различные методы и способы психологической реабилитации, коррекции, оптимизации. Специалисту важно знать показания и противопоказания исполь-зования каждого метода, проводить примене-

ние методов дифференцировано, соотнося с проблемами, обусловленными типом ВНД – темпераментом, проблемами, обусловленными нарушением отдельных высших психических процессов или целостной личности.

12. Клинический психолог должен знать и верно оценивать различные способы психологической защиты.

13. Специалист обязан учитывать при работе с конфликтными пациентами характер конфликта, в том числе проблему несовместимости, конфликты на работе, с врачами, с работниками бюро медико-социальной экспертизы и т.д. Применять адекватные меры по их предупреждению и предлагать способы решения.

14. Выделять психологические проблемы, связанные с утратами личности, «феноменом веры» и его значение в психологии и медицине.

15. Разделять проблемы, относящиеся к личностному, семейному и социальному статусам личности, правильно оценивать степень дезадаптации [4].

16. Правильно оценивать внутреннюю картину болезни (ВКБ) больного, реальную ВКБ

и ВКБ врачебную, а также верно оценивать и использовать в работе плацебо-эффект, мильо-эффект и ноцебо-эффект.

Выводы. В первую очередь учёт всех выявленных положений даёт возможность клиническим психологам, работающим в составе МДРК, формулировать конкретные психологические диагнозы и формировать индивидуальные заключения в каждом случае, что даёт возможность разрабатывать дифференцированные комплексы психологической реабилитации с более конкретным выбором доменов Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Кроме того, правильно оценивать эффективность проделанной работы.

Мы искренне полагаем, что все выше описанное будет способствовать улучшению психического состояния реабилитируемых пациентов, возвращению их к активной, независимой жизни, возвращению трудоспособности, способствовать укреплению семейных и традиционных ценностей, а в целом способствовать улучшению психического здоровья населения, качества жизни и снижению инвалидности.

Список литературы:

1. Авдеев Д.А. Православие и медицина. 205 вопросов православному врачу. – М.: МБЦ прп. Серафима Саровского, 2009. – 368 с.
2. Грановская Р.М. Психология веры. – СПб., 2004.
3. Зайцев В.П. Медико-психологическая реабилитация больных и инвалидов. Терапевтический архив. 2013; 85 (10): 105 – 110.
4. Франкл В. Сказать жизни «Да!», 2-е изд. – М., 2018. – 237 с.
5. Миненков В.А., Жестикова М.Г. Айкина Т.П. Киселев Н.Ю., Зорькин И.И. Психологическая реабилитация. Новокузнецк, 2021. 258 с.



ПОТРЕБНОСТЬ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ТРАВМ КИСТИ

*ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»¹,
ГУ «Республиканская клиническая больница медицинской реабилитации»²,
г. Минск, Республика Беларусь*

Аннотация. Анализ потребности в реабилитационных мероприятиях инвалидов вследствие травм кисти установил необходимость применения комплексного медико-социального воздействия, включающего медицинскую реабилитацию, реконструктивную хирургию, протезирование, профессиональную реабилитацию, социальную реабилитацию.

Ключевые слова: инвалидность, травмы кисти, реабилитация.

Osipov Yu.V.¹, Lushchinskaya S.I.¹, Voronets O.A.¹, Khamko K.M.²

THE NEED FOR REHABILITATION MEASURES FOR THE DISABLED DUE TO HAND INJURIES

*National Scientific and Practical Centre of Medical Evaluation and Rehabilitation¹,
Republican Clinical Hospital of Medical Rehabilitation²,
Minsk, Republic of Belarus*

Abstract. The analysis of the need for rehabilitation measures for disabled people due to hand injuries has established the need for a comprehensive medical and social impact, including medical rehabilitation, reconstructive surgery, prosthetics, professional rehabilitation, social rehabilitation.

Keywords: disability, hand injuries, rehabilitation.

Введение. Большая частота повреждений кисти – до 25 % от всех травм опорно-двигательного аппарата, сопровождающихся осложнениями, приводящими к ограничению самообслуживания, трудоспособности и инвалидности, определяют актуальность проведения научных исследований и разработки комплексного подхода в реабилитации данного контингента пациентов.

Материал и методы. Исследование проведено с использованием Республиканской информационно-аналитической системы по медицинской экспертизе и реабилитации инвалидов Республики Беларусь, функционирующей в ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации».

Для изучения потребности инвалидов вследствие травм кисти в различных видах реабилитации сформирована выборка за период

2010-2020 гг., составившая 2127 человек: 1026 человек – признанные инвалидами впервые; 1101 человек – признанные инвалидами при переосвидетельствовании.

Результаты. В результате проведенного исследования было установлено, что в медицинской реабилитации нуждалось 1706 (80,2 %) исследуемого контингента. Наибольшая нуждаемость отмечена в восстановительном лечении – 1279 (60,1 %) человек, среди инвалидов 3 группы – в 58,5 % случаев. В реконструктивной хирургии нуждалось 63 (2,9 %) инвалида вследствие травм кисти, наибольшая нуждаемость отмечена среди инвалидов 2 группы – 5,7 %. В протезировании нуждалось 98 (4,6 %) человек, наибольший удельный вес нуждающихся в протезировании зарегистрирован среди инвалидов 1 группы – 35,7 %.

Потребность в профессиональной реабили-

тации отмечена у 848 (39,9 %) человек. Среди мероприятий профессиональной и трудовой реабилитации наиболее востребована медико-профессиональная реабилитация – 386 (18,1 %) человек. Большинство нуждающихся в данном виде реабилитации составляли инвалиды 3 группы – 21,3 %. Также инвалиды вследствие травм кисти нуждались в профориентации – 235 (11,0 %), в профессиональном обучении нуждался 41 (1,9 %) человек.

В социальной реабилитации нуждалось 587 человек, что составило 27,5 % от инвалидов данного контингента. Нуждаемость в бытовых технических средствах для инвалидов вследствие травм кисти составила 2,9 % (62 человека); потребность в данном мероприятии была несколько выше для инвалидов 1 группы (14,3 %) по сравнению с инвалидами других групп. Пребывание в центрах социального об-

служивания требовалось в 6,2 % (131 человек) случаев. Наибольшей потребность в нахождении в центрах социальной реабилитации была среди инвалидов 1 группы – 14,3 %.

Заключение. Проведение реабилитации у лиц, признанных инвалидами вследствие травм кисти, на современном этапе требует применения комплексного медико-социального воздействия с учетом нуждаемости у пациентов, как в наиболее востребованной медицинской реабилитации – в 80,2 % случаев, так и в необходимости реконструктивной хирургии – от 2,9 до 5,7 % случаев, протезировании – до 35,7 % случаев при тяжелых травмах кисти, профессиональной реабилитации – 39,9 %, социальной реабилитации – 27,5 %, пребывании в центрах социального обслуживания – в 6,2 % случаев.



ТИБИАЛЬНАЯ НЕЙРОМОДУЛЯЦИЯ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России¹,

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России², г. Новокузнецк, Россия

Аннотация. Актуальность работы определяется тем, что органическая патология головного мозга нередко приводит к нарушениям мочеиспускания.

Цель работы: оценить зависимость эффективности тибиональной нейромодуляции для коррекции нейрогенной дисфункции нижних мочевыводящих путей центрального генеза в зависимости от стороны проведения терапии.

Материал и методы. Анализировали истории болезни 35 пациентов с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения и травматической болезнью головного мозга. У всех имело место нарушение мочеиспускания центрального генеза. Всем проводили тибиональную нейромодуляцию. У 8 человек процедуры выполняли на стороне поражения головного мозга (1 группа), у 27 – на противоположной (2 группа).

Перед и после курса лечения проводили нейроурологическое обследование с цистометрией, оценивали качество жизни с помощью опросника Международного консилиума по недержанию мочи – краткая форма (International Conference on Incontinence Questionnaire – Short Form, ICIQ-SF) – перед и после курса лечения. При статистической обработке результатов использовали критерий Вилкоксона (в случаях парного сравнения) и Манна-Уитни (при сравнении двух независимых групп).

Результаты. В обеих группах получена статистически значимая положительная динамика регуляции мочеиспускания и качества жизни пациентов. Значимых различий между группами не получено ни начале, ни в конце исследования.

Заключение. Сторона проведения процедур не влияет на эффективность нейромодуляции у этой категории пациентов.

Ключевые слова: тибиональная нейромодуляция, органическая патология головного мозга, дисфункция нижних мочевыводящих путей.

Palatkin P.P.¹, Konovalova N.G.^{1,2}

TIBIAL NEUROMODULATION IN THE CORRECTION OF URINARY DISORDERS AMONG PATIENTS WITH ORGANIC BRAIN SYNDROME

Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons, Ministry of Labour of the Russian Federation¹,

Novokuznetsk State Extension Course Institute for Medical Practitioners – Affiliated Branch of Novokuznetsk State Extension Course Institute for Medical Practitioners, Ministry of Healthcare of the Russian Federation², Novokuznetsk, Russia

Abstract. The relevance of the work is determined by the fact that organic brain syndrome often leads to disorders of urination.

Purpose of the work: to evaluate the dependence of tibial neuromodulation efficiency for the correction of

neurogenic dysfunction of the lower urinary tract of central genesis depending on the side of the therapy.

Material and methods. We analyzed medical histories of 35 patients with the consequences of cerebrovascular accident and traumatic brain injury. All of them had urinary dysfunction of the central genesis. All of them underwent tibial neuromodulation. 8 people had the device working on the side of the brain lesion (group 1) and 27 people had it working on the opposite side (group 2). 8 people had the device working on the side of the brain lesion (group 1) and 27 people had it working on the opposite side (group 2). Before and after treatment, a neuro-uological examination with cystometry was conducted, and quality of life was assessed using the International Conference on Incontinence Questionnaire — Short Form (ICIQ-SF) before and after treatment course. The results were statistically processed using the Wilcoxon test (in cases of paired comparisons) and the Mann-Whitney test (when comparing two independent groups).

Results. Statistically significant positive dynamics in the regulation of urination and quality of life of patients were obtained in both groups. No significant differences between the groups were obtained neither at the beginning, nor at the end of the study.

Conclusion. The side of the procedures does not affect the effectiveness of neuromodulation in this category of patients.

Keywords: tibial neuromodulation, organic brain syndrome, lower urinary tract dysfunction.

Aктуальность. Очень часто у пациентов с поражением головного мозга в результате острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) или травмы головного мозга происходит формирование гипертонического гиперрефлекторного мочевого пузыря. Нередко в связи с тяжестью неврологической патологии нарушения мочеиспускания выявляются поздно, что может вызывать ряд тяжелых вторичных осложнений.

Цель: оценить зависимость эффективности применения тибиональной нейромодуляции для коррекции нейрогенной дисфункции нижних мочевыводящих путей центрального генеза в зависимости от стороны проведения терапии.

Материал и методы. Исследование проведено в ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России. Проанализированы истории болезни 35 пациентов с последствиями ОНМК и с травматической болезнью головного мозга (ТБГМ). Мужчины составили 60 % (21 человек), женщины – 40 % (14 человек); 16 человек – с ТБГМ, 19 – с последствиями ОНМК. Средний возраст – 49,8 лет. Давность травмы (заболевания) до года была у 7 пациентов, от 1 до 3 лет – у 20 человек, более 3 лет – у 8 больных.

При поступлении и перед выпиской пациентам проводили нейроурологическое обследование, включавшее проведение цистометрии с измерением объемов мочевого пузыря и остаточной мочи. При опросе уточняли количество мочеиспусканий в дневное и ночное время, на-

личие императивных позывов на мочеиспускание, длительность произвольной задержки в случае императивного позыва, использование памперсов, абсорбирующего белья. Влияние дисфункции мочевыводящих путей на качествожизни оценивали при помощи опросника Международного консилиума по недержанию мочи – краткой формы (International Conference on Incontinence Questionnaire – Short Form, ICIQ-SF).

Всем пациентам для коррекции гиперактивности детрузора проводилась тибиональная стимуляция курсом 7 ежедневных сеансов в утреннее время: с 9 до 11 часов, что связано с суточным ритмом выделения антидиуретического гормона и активности почек. Повторные курсы проводили с интервалом в 6 месяцев. В период между курсами пациенты получали поддерживающую терапию в виде ежедневного перорального приема М-холинолитика в дозе 10 мг утром.

У 8 пациентов тибиональная стимуляция проводилась на стороне поражения головного мозга (группа 1), остальные 27 больных получали стимуляцию на противоположной стороне (группа 2)

Результаты обработаны статистически с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0. Динамику показателей до и после лечения внутри групп оценивали по критерию Виллоксона; о значимости различий между группами судили по критерию Манна-Уитни. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.



Результаты. В первой группе при поступлении средний объем мочевого пузыря составил 150 мл, кратность мочеиспусканий – 8 днем и 2 ночью, время удержания мочи – 10 минут. При выписке после проведенного лечения объем мочевого пузыря в среднем – 200 мл, кратность мочеиспусканий днем – 6, ночью – 1 раз, время удержания – 15 минут. Изменения статистически значимы.

Во второй группе средний объем мочевого пузыря составил 100 мл, кратность мочеиспусканий – 8 днем и 2,5 ночью, время удержания мочи – 15 минут. При выписке после проведенного лечения объем мочевого пузыря в среднем – 175 мл, кратность мочеиспусканий днем – 6, ночью – 1 раз, время удержания – 25 минут. Положительная динамика также, как и в первой группе, статистически значима.

Средний балл ICIQ-SF в обеих группах при

поступлении составил 11, при выписке – в первой группе – 8, во второй – 6,5.

Статистически значимых различий между группами не выявлено ни по одному показателю ни при поступлении, ни при выписке.

Заключение. Тибиональная нейромедулляция, независимо от стороны проведения процедур (на стороне поражения головного мозга или на противоположной стороне) оказывает положительный эффект у пациентов с нейрогенной дисфункцией нижних мочевыводящих путей центрального генеза с увеличением объема наполнения мочевого пузыря, уменьшением кратности мочеиспускания и увеличением времени удержания мочи при появлении позыва. Это подтверждает предположение, что эффект от тибиональной стимуляции связан с воздействием на сакральный центр мочеиспускания, а не на центр мочеиспускания головного мозга.



ТИБИАЛЬНАЯ НЕЙРОМОДУЛЯЦИЯ С ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИЕЙ М-ХОЛИНОЛИТИКОМ У ПАЦИЕНТОВ С ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России¹,

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России², г. Новокузнецк, Россия

Аннотация. Органическая патология головного мозга часто приводит к нарушениям мочеиспускания со снижением качества жизни пациента.

Цель: оценить эффективность тибиональной нейромодуляции с медикаментозной поддержкой для коррекции нейрогенной дисфункции нижних мочевыводящих путей центрального генеза.

Материал и методы. Анализировали 30 историй болезни двенадцати пациентов с нарушением мочеиспускания центрального генеза вследствие острого нарушения мозгового кровообращения и травматического повреждения головного мозга. 6 человек (1 группа) получали только тибиональную нейромодуляцию, 6 человек (2 группа) в межкурсовом период получали медикаментозную поддержку. Обследование до и после курса лечения: нейроурологическое с цистометрией, опросник Международного консилиума по недержанию мочи – краткая форма (International Conference on Incontinence Questionnaire – Short Form, ICIQ-SF). При статистической обработке результатов использовали критерий Вилкоксона (в случаях парного сравнения) и Манна-Уитни (при сравнении двух независимых групп).

Результаты. В обеих группах по итогам курса получена статистически значимая положительная динамика регуляции мочеиспускания и качества жизни пациентов. Значимых различий между группами как в начале курса реабилитации, так и в конце, не установлено. У пациентов первой группы эффект лечения исчезал через полгода, у второй – сохранялся.

Заключение. Проведение медикаментозной поддержки в межкурсовом период позволяет сохранить и в последующем улучшить результат коррекции.

Ключевые слова: тибиональная нейромодуляция, органическая патология головного мозга, дисфункция нижних мочевыводящих путей.

Palatkin P.P.¹, Konovalova N.G.^{1,2}

TIBIAL NEUROMODULATION WITH M-CHOLINOLYTIC THERAPY IN PATIENTS WITH ORGANIC BRAIN SYNDROME

Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons, Ministry of Labour of the Russian Federation¹,

Novokuznetsk State Extension Course Institute for Medical Practitioners – Affiliated Branch of Novokuznetsk State Extension Course Institute for Medical Practitioners, Ministry of Healthcare of the Russian Federation², Novokuznetsk, Russia

Abstract. Organic brain syndrome often leads to urination disorders with a reduced quality of life of the patient.

Objective: to evaluate the efficacy of tibial neuromodulation with medication support to correct neurogenic dysfunction of the lower urinary tract of central genesis.

Material and methods. We analyzed medical histories 30 medical records of 12 patients with urinary dysfunction of central genesis due to consequences of cerebrovascular accident and traumatic brain injury. Six patients (group

1) received only tibial neuromodulation, 6 patients (group 2) received medication support between courses, the International Conference on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF). The results were statistically processed using the Wilcoxon test (in cases of paired comparisons) and the Mann-Whitney test (when comparing two independent groups).

Results. Statistically significant positive dynamics in the regulation of urination and quality of life of patients in both groups at the end of the course was obtained. No significant differences between the groups were obtained both at the beginning and at the end of the first course of treatment. In patients in the first group the treatment effect disappeared after six months, in the second group it remained.

Conclusion. Medication support in the intercourse period allows to maintain and subsequently improve correction results.

Keywords: tibial neuromodulation, organic brain syndrome, lower urinary tract dysfunction.

Актуальность. Многие пациенты с поражением головного мозга в результате травмы или острого нарушения кровоснабжения головного мозга страдают от гиперреактивности детрузора, что часто приводит к выраженному ограничению их передвижения вне дома, ухудшает их психоэмоциональный фон и снижает реабилитационный потенциал. Для коррекции состояния нижних мочевыводящих путей используют тибиональную стимуляцию, которая дает хороший эффект. К сожалению, этот эффект угасает с течением времени, что вынуждает регулярно повторять курсы терапии.

Цель: оценить эффективность применения тибиональной нейромодуляции с медикаментозной поддержкой М-холинолитиком (Везикар 10 мг) в межкурсовый период в коррекции нейрогенной дисфункции нижних мочевыводящих путей центрального генеза.

Материал и методы. Исследование проведено в ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России». Проанализированы 30 историй болезни двенадцати пациентов с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и травматической болезнью головного мозга (ТБГМ). Мужчины составили – 57 % (17 историй), женщины – 43 % (13 историй); 13 историй болезней – с ТБГМ, 17 – с последствиями ОНМК. Средний возраст – 48,4 года. Один пациент прошел 4 курса стимуляции, у 4 больных было 3 курса стимуляции и 7 человек получили 2 курса тибиональной нейромодуляции.

При поступлении и перед выпиской проводилось нейроурологическое обследование, включавшее наряду с клиническим цистомет-

рию с измерением объемов мочевого пузыря и остаточной мочи. При опросе уточняли количество мочеиспусканий в дневное и ночное время, наличие императивных позывов на мочеиспускание, длительность произвольной задержки в случае императивного позыва, использование памперсов, абсорбирующего белья. Влияние дисфункции мочевыводящих путей на качество жизни оценивали при помощи опросника Международного консилиума по недержанию мочи – краткая форма (International Conference on Incontinence Questionnaire – Short Form, ICIQ-SF).

Всем пациентам для коррекции гиперактивности детрузора проводилась тибиональная стимуляция курсом 7 ежедневных сеансов в утреннее время: с 9 до 11 часов, что связано с суточным ритмом выделения антидиуретического гормона и активности почек.

Пациенты были разделены на 2 группы по 6 человек. В первой группе проводилась только тибиональная стимуляция. Пациенты второй группы в период между курсами получали поддерживающую терапию в виде ежедневного перорального приема М-холинолитика в дозе 10 мг утром.

Результаты были обработаны статистически с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0. Значимость различий в группе оценивали по критерию Вилкоксона, о значимости различий между группами судили по критерию Манна-Уитни. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В первой группе при поступлении средний объем мочевого пузыря составил 130 мл, кратность мочеиспусканий – 9 днем и 3 ночью, время удержания мочи – 14 минут. При выписке после проведенного лечения объем мочевого пузыря увеличился в

среднем до 149 мл, кратность мочеиспусканий днем – 7, ночью – 2 раза, время удержания – 19 минут.

Во второй группе средний объем мочевого пузыря составил 151 мл, кратность мочеиспусканий – 10 днем и 3 ночью, время удержания мочи – 22 минуты. При выписке после проведенного лечения объем мочевого пузыря в среднем увеличился до 198 мл, кратность мочеиспусканий днем – 8, ночью – 2 раза, время удержания – 27 минут. Динамика показателей, как и в первой группе, статистически значима.

Средний балл ICIQ-SF при поступлении в первой группе – 6, во второй – 9. При выписке в первой группе – 5, во второй – 6.

Статистически значимых различий между группами не выявлено ни по одному показателю как при поступлении, так и при выписке.

Сравнение показателей перед первым курсом тибиональной стимуляции и при поступлении на следующие курсы лечения в первой группе статистически значимых изменений не выявило. Каждый раз пациенты начинали с одного и того же уровня и получали один и тот

же результат. Пациенты второй группы сохраняли результат, достигнутый при предыдущем курсе лечения. Поэтому различия по исследуемым показателям между группами перед началом второго курса были статистически значимы. Каждый последующий курс лечения во второй группе увеличивал объем наполнения мочевого пузыря, время удержания мочи и уменьшал кратность мочеиспусканий.

Заключение. В обеих группах отмечен положительный эффект от курса тибиональной стимуляции в виде увеличения объема наполнения мочевого пузыря, уменьшения кратности мочеиспускания и увеличения времени удержания мочи при появлении позыва. Но в первой группе он угасал в течение полугода и статистических значимых различий между состоянием нижних мочевыводящих путей при первичном и последующих поступлениях не отмечено, в то время как во второй группе достигнутый эффект сохранялся в межкурсовом период, и результатом следующего курса лечения была дальнейшая нормализация работы нижних мочевыводящих путей пациентов.





ИГРА НА ЭЛЕКТРОННОЙ БАРАБАННОЙ УСТАНОВКЕ КАК МЕТОД ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЗРОСЛЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

*СПб ГБУСОН «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей инвалидов Московского района»,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация. В данной работе рассматривается опыт применения игры на электронной барабанной установке инвалидов трудоспособного возраста с последствиями церебрального паралича с целью коррекции и развития мелкой моторики рук.

Ключевые слова: взрослые с последствиями церебрального паралича, электронная барабанская установка, мелкая моторика рук, физическая реабилитация.

Parshutkin V.E., Buinevich S.A.

PLAYING ON AN ELECTRONIC DRUM SET AS A METHOD OF PHYSICAL REHABILITATION OF ADULTS WITH CONSEQUENCES OF CEREBRAL PALSY

*Centre of Social Rehabilitation of Adult People and Children
with Disabilities of Moskovsky District,
St. Petersburg, Russia*

Abstract. This paper examines the experience of using the game on an electronic drum set for people with disabilities of working age with the consequences of cerebral palsy in order to correct and develop fine motor skills of the hands.

Keywords: Adults with consequences of cerebral palsy, electronic drum set, fine motor skills of hands, physical rehabilitation.

Введение. Одним из клинических проявлений детского церебрального паралича является нарушение функций рук. В процессе взросления организма клиническая картина может меняться, что требует разработки и применения методик физической реабилитации, адекватных для соответствующего возраста. К одной из таких методик можно отнести игру на музыкальных инструментах, в частности на электронной барабанной установке.

Материал и методы. В исследовании приняли участие три инвалида трудоспособного возраста с подтверждённым диагнозом «детский церебральный паралич» (ДЦП). По системе классификации больших моторных

функций (Gross Motor Function Classification System, GMFCS) у двоих отмечался I уровень GMFCS, у одного – V уровень GMFCS. Перед занятиями были проведены тесты, позволяющие оценить моторику кисти: тест «Коробка и кубики», «Тест с пирамидой» и субтест модифицированной шкалы Френчай, в котором необходимо начертить линию, используя линейку и карандаш.

Результаты. После пяти занятий физической реабилитации с использованием игры на электронной барабанной установке были проведены повторные тесты. Результаты тестов показали статистически значимое улучшение двигательных навыков верхних конечностей инвалидов трудоспособного возраста с пос-

ледствиями церебрального паралича, что говорит об эффективности применения данного метода с целью коррекции и развития мелкой моторики рук.

Заключение. Основываясь на результатах исследования, можно с уверенностью гово-

рить о том, что включение игры на электронной барабанной установке в процесс физической реабилитации инвалидов трудоспособного возраста с последствиями церебрального паралича будет способствовать коррекции и развитию мелкой моторики рук.



УДК 616.89-008.483.1:617.5

Петров К.Б., Ивонина Н.А., Митичкина Т.В., Попова Н.В.

ДВИГАТЕЛЬНЫЕ АВТОМАТИЗМЫ ЛИЦА, ШЕИ И РУКИ

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России,
г. Новокузнецк, Россия*

Аннотация. Эффективная кинезитерапия периферических и центральных параличей мимической, жевательной, язычной и гортANO-глоточной мускулатуры требует углублённого изучения особенностей содружественной работы этих мышц в норме и при патологии. На основании данных литературы и собственного опыта было доказано, что двигательная активность лица, шеи и руки тесно взаимосвязана в рамках ряда стволовых и подкорковых автоматизмов. К ним относятся онтогенетические и психосоматические содружественные движения, постурально-глазодвигательные и постурально-нижнечелюстные рефлексы, стволовые патологические синкинезии и рефлексы орального автоматизма. Все они могут быть использованы при разработке методов кинезитерапии двигательных расстройств брахиофациальной области.

Ключевые слова: кинезитерапия, бульбарный паралич, псевдобульбарный паралич, нейропатия лицевого нерва, реабилитация, синергия, синкинезия.

Petrov K.B., Ivonina N.A., Mitichkina T.V., Popova N.V.

MOTOR AUTOMATISMS OF THE FACE, NECK AND HANDS

*Novokuznetsk State Extension Course Institute for Medical Practitioners – Affiliated Branch of the Russian Medical Academy of Continuing Vocational Education, Ministry of Healthcare of the Russian Federation,
Novokuznetsk, Russia*

Abstract. Effective kinesitherapy of peripheral and central paralysis of facial, masticatory, lingual and laryngeal-pharyngeal muscles requires an in-depth study of the features of the friendly work of these muscles in normal and pathological conditions. On the basis of literature data and our own experience, it was proved that the motor activity of the face, neck and hand is closely interconnected within a number of stem and subcortical automatisms. These include ontogenetic and psychosomatic consensual movements, postural-oculomotor and postural-mandibular reflexes, stem pathological synkinesis, and reflexes of oral automatism. All of them can be used in the development of methods for kinesitherapy of movement disorders in the brachiofacial area.

Keywords: kinesitherapy, bulbar palsy, pseudobulbar palsy, neuropathy of the facial nerve, rehabilitation, synergy, synkinesis.

Введение. Несмотря на кажущуюся уникальность произвольной активности здорового человека, в её основе лежит сравнительно немногочисленный набор природных двигательных программ спинально-стволового уровня, называемых синергиями. В условиях поражения нервной системы эти устойчиво воспроизведимые содружественные реакции часто теряют свою адекватность, вырождаясь в уродливые и гротесковые автоматизмы – синкинезии (Н.К. Боголепов, 1953). Для кинезитерапевта такие осколки моторики могут стать важным реабилитационным материалом, позволяющим при определённых условиях хотя бы частично восстановить утраченные двигательные функции (К.Б. Петров, 2020).

Материал и методы. Нами было изучено более семидесяти литературных источников по непроизвольной активности мышц челюстно-лицевой области и смежных с ней регионов; кроме того, был обобщён собственный опыт реабилитации больных с периферическими нейропатиями лицевого нерва, а также с бульбарным и псевдобульбарным синдромом.

Результаты. Проделанная работа позволила выделить следующие наиболее типичные двигательные автоматизмы.

Онтогенетические синкинезии – моторные автоматизмы имитационного характера, часто наблюдаемые у детей при разучивании новых двигательных навыков (Б.А. Архипов, 2002). Например, аксиальные синкинезии – синхронно с артикуляционной активностью производятся движения кистей и пальцев рук; синкинезии замещения – мимико-мануальная жестикуляция, призванная невербальным способом выразить эмоциональное состояние или невысказанную мысль; синхронные синкинезии подкрепления – при овладении навыком письма действия правой руки ребёнка дублируются движениями головы, подбородка, левой кисти или стопы и др.

Постурально-глазодвигательные рефлексы – отклонение туловища и головы назад способствует компенсаторному опусканию взора до уровня горизонтали; отклонение головы вперёд вызывает подъём глаз кверху и наморщивание лба; наклон головы в сторону способствует приподниманию глазного яблока и верхнего века гомолатерально и их опусканию – контрлатерально; осевое вращение головы и туловища стимулирует поворот взора в против-

воположную сторону (Д.Е. Мохов, О.А. Бабкин, 2010).

Постурально-нижнечелюстные рефлексы – наклон головы и туловища вперёд вызывает напряжение задних пучков обеих височно-нижнечелюстных мышц, смещение нижней челюсти назад, смыкание зубных рядов резцами и расслабление гортано-глоточной мускулатуры; аналогичный наклон назад инициирует двухстороннее сокращение латеральных крыловидных мышц, смещение нижней челюсти вперёд и прикус на коренные зубы (H. Zafar, E. Nordh, 2000).

Психосоматические синкинезии мимических мышц – при депрессии нередко появляются складки в межбровной области, напоминающие греческую букву Ω (S. Bhattacharjee, 2018), а также изгиб верхнего века и брови углом кверху – складка Верагута (В. А. Вербенко с соавт., 2000).

Стволовые патологические синкинезии – обусловлены дисфункцией ядер черепномозговых нервов ствола головного мозга (С. J. Moran, J.G. Neely, 1996). В литературе описаны следующие автоматизмы данного типа: синкинезии Н.К. Боголепова (окуло-лингвальная, респираторно-мануальная, орально-платизмальная, окуло-аурикулярная); корнео-мандибулярный рефлекс Зельдера, синкинезия Коппела, пальпебре-оральная синкинезия Витеха, окуло-лабиальная синкинезия Давиденкова, прямая и обратная окуло-мандибулярные синкинезии и др.

Глазнично-лицевые синкинезии, связанные с птозом – врождённое или приобретённое поражения ядер или ветвей п. oculomotorius проявляется гомолатеральным птозом и часто сопровождается содружественными реакциями (N.B. Rayana, 2011). Среди них: пальпебре-мандибулярная синкинезия Маркуса Ганна, синкинезия Марина-Амата (обратная синкинезия Маркуса Ганна), прямая и обратная окуло-пальпебральная синкинезия Фукса, перекрёстная синкинезия век Лещенко и др.

Рефлексы орального автомата – присутствуют при рождении и исчезают в раннем детстве, как клинический симптом проявляются при двустороннем поражении пирамидных путей, идущих к двигательным ядрам языко-глоточного, блуждающего, добавочного и подъязычного черепно-мозговых нервов (Е.И. Гусев, 2000). Хорошо известны следующие автоматизмы данного типа: хоботковый рефлекс,



дистанс-оральный рефлекс Карчикяна, глабеллярный рефлекс, назо-лабиальный рефлекс Аствацатурова, мандибулярный рефлекс Бехтерева, «бульдожий» рефлекс Янышевского, ладанно-подбородочный рефлекс Маринеску-Радовичи и др.

Заключение. Представленные выше физиологические и патологические синкинезии мимической, жевательной и гортано-глоточной мускулатуры следует рассматривать как основу для разработки индивидуализированных для каждого больного приёмов кинезите-

рапии. Нами накоплен богатый опыт использования данного подхода при реабилитации периферических нейропатий лицевого нерва, а также бульбарных и псевдобульбарных параличей (К.Б. Петров, 2020). Чем лучше врач или инструктор по лечебной физкультуре знакомы с особенностями имеющейся или потенциально доступной больному рефлекторной активности в реабилитируемой части тела, тем больше у них возможностей для ведения «диалога» с паретичными мышцами и тем эффективнее будет проходить восстановительное лечение.



УДК 616-08-039.34.

Петров К.Б., Ивонина Н.А., Митичкина Т.В., Попова Н.В.

ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНОГО С ПСЕВДОБУЛЬБАРНЫМ ПАРАЛИЧОМ

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России,
г. Новокузнецк, Россия*

Аннотация. Описан опыт реабилитации больного с псевдобульбарным синдромом. Использованы методики точечного массажа и оригинальные приёмы лечебной гимнастики, основанные на содружественных реакциях (жевательно-глотательных, дыхательно-глотательных, шейно-глотательных, абдомино-глотательных, брахиофациальных). Проводилась стимуляция прямоугольным низкочастотным импульсным током паретичных язычных и гортанно-глоточных мышц.

Ключевые слова: клинический случай, лечебная гимнастика, массаж, псевдобульбарный паралич, реабилитация, синергия.

Petrov K.B., Ivonina N.A., Mitichkina T.V., Popova N.V.

EXPERIENCE OF REHABILITATION OF A PATIENT WITH PSEUDOLOBULBAR PARALYSIS

*Novokuznetsk State Extension Course Institute for Medical Practitioners – Affiliated Branch of the Russian Medical Academy of Continuing Vocational Education, Ministry of Healthcare of the Russian Federation,
Novokuznetsk, Russia*

Abstract. The experience of rehabilitation of a patient with pseudobulbar syndrome is described. Methods of acupressure and original methods of therapeutic exercises based on concomitant reactions (chewing-swallowing, respiratory-swallowing, cervical-swallowing, abdominal-swallowing, brachiofacial) were used. The paretic lingual and laryngeal-pharyngeal muscles were stimulated with a rectangular low-frequency pulsed current.

Keywords: clinical case, remedial gymnastics, massage, pseudobulbar paralysis, rehabilitation, synergy.

Введение. Псевдобульбарный паралич или синдром (ПС) – это неврологическая патология, обусловленная прерыванием корковых связей с двигательными ядрами IX (языкоглоточного), X (блуждающего) и XII (подъязычного) черепно-мозговых нервов различной этиологии (сосудистые заболевания головного мозга, черепно-мозговая травма, детский церебральный паралич и др.). При ПС лишённые управляющего влияния и потерявшие координацию друг с другом стволовые центры работают в автономном режиме, что характеризуется оживлением височно-нижнечелюстного рефлекса и появлением оральных автоматизмов. Часто страдает волевая активность мимической мускулатуры. Как правило ПС сочетается с другой неврологической симптоматикой:aprаксией, афазией, эмоционально-волевыми нарушениями, акинетико-риgidным и спастическим синдромами (П. Дуус, 1995).

Материал и методы. Объектом наблюдения послужил больной с посттравматическим псевдобульбарным синдромом, проявляющимся дисфагией, гиперсаливацией, анартией и двухсторонней центральной прозопоплегией. Использовались методики эндоорального и точечного массажа, а также блокады триггерных точек по заинтересованным мышечно-сухожильным меридианам. Применялись приёмы лечебной гимнастики, основанные на содружественных реакциях, инициирующих активность паретичных язычных и гортанно-глоточных мышц при помощи их непоражённых агонистов, которые дополнялись электростимуляцией импульсными токами.

Результаты. Мы исходили из предпосылки о том, что кинезитерапия, по крайней мере первоначально, должна выступать в качестве средства неспецифический активации утраченных функций, что в свою очередь будет стимулировать процессы нейропластиности в центральной нервной системе и в перспективе повысит шансы на восстановление их естественного контура регуляции (К. Петров, 2013).

Релаксирующий массаж спастических орофарингеальных мышц. Для борьбы с мышечной спастичностью использовались методики эндоорального и точечного массажа по заинтересованным мышечно-сухожильным меридианам в области руки и шеи, а также блокады триггерных точек. Дополнительно манипуляциями со шпателем добивались формирования

продольных и поперечных ложбинок на спинке языка, а также провоцировали глотательные движения путём стимуляции рвотного рефлекса с его корня и мягкого нёба. Приёмы инициации движений языка и гортанно-глоточной мускулатуры. В исходном положении сидя на краю высокой кушетки больного просили совершить глотательное движения при выполнении следующих упражнений: наклон головы вперёд против сопротивления руки инструктора; приведение подбородка к шее с усилием; кивок назад с одновременным широким открыванием рта; выдвижение нижней челюсти вперёд против внешнего сопротивления; удержание груза на темени; попытка достать плечевыми суставами уши. Сидя на краю высокой кушетки, реабилитируемый совершил попеременное приподнимание коленей по направлению к противоположной половине груди и одновременное движение подбородка навстречу колену, или с силой сгибает предплечье против адекватного сопротивления инструктора. В обоих случаях делается попытка совершить повторные глотательные движения. Пациент осуществляет глубокий вдох (как при зевании), стараясь прикоснуться кончиком языка к твёрдому нёбу, затем следует выдох с одновременной попыткой максимально высунуть язык из полости рта; реабилитируемый дует в трубочку, опущенную в воду, громко булькая пузырями; больному даётся задание сдуть со стола кусочки сухой ваты. Пациент удерживает губами коктейльную трубочку, пытаясь перемещать её и толкать языком в различных направлениях; в ротовую полость больного вводится баллон детской клизмы, тренирующийся сдавливает его языком и щеками. Больной открывает рот против сопротивления инструктора, пытаясь одновременно максимально раскрыть глаза, поднять брови и нахмурить лоб, затем закрывает рот против внешнего сопротивления, зажмуривая глаза; пациент сначала натягивает верхнюю губу на верхние резцы, а затем нижнюю губу - на нижние резцы, пытаясь наступить брови и зажмурить глаза.

Рефлекторное мигание у больного хорошо вызывается при помощи ресничного, корнеального, гlabelлярного и хоботкового рефлексов.

Особенности электростимуляции орофациальной мускулатуры

После процедуры массажа и лечебной физкультуры (ЛФК) больному проводится элек-

ростимуляция мышц передней поверхности шеи, диафрагмы рта, языка и лица прямоугольным импульсным током частотой – 10 Гц и длительностью – 50-100 мс силой 5-10 мА. Продолжительность подачи импульсов регулировалась кнопкой-прерывателем на рукояти щипцеобразного держателя.

Для активации мимических мышц один электрод располагался под наружным слуховым проходом – другой на верхней и нижней губе, в области носогубной складки, у внешнего края орбиты, в середине лба. Стимуляция глотательной мускулатуры выполнялась через переднюю поверхность шеи при локализации электродов между внутренним краем кива-

тельной мышцы и гортанью, а также – в проекции подъязычной кости. Осуществлялось электрическое воздействие на спинку языка.

Заключение. Применение оригинальных приёмов ЛФК, основанных на использовании прирождённых синергий в качестве средства запуска парализованных мышц позволяет за счёт произвольного напряжения интактной (жевательной, дыхательной, шейной, плечевой и др.) мускулатуры стимулировать утраченную глотательную и мимическую функции. Данную методику полезно сочетать с точечным массажем и электростимуляций. Она пригодна для освоения не только средними медработниками, но и родственниками больных.



МОТИВАЦИЯ ПРИНЯТИЯ И ОБРАЩЕНИЯ ЗА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ И КОПИНГ-СТРАТЕГИИ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА

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

Аннотация. Рассматривается проблема мотивации принятия и обращения за психологической помощью у больных с травматической болезнью спинного мозга и ее предполагаемая связь с напряженностью копинг-стратегий. На основании полученных результатов сделано предположение, что высокая напряженность и сочетание таких копингов как «поиск социальной поддержки», «самоконтроль», «планирование решения проблемы», «положительная переоценка», «конfrontация» (при высоком копинге «поиск социальной поддержки»), могут быть эффективными в процессе принятия и обращения за психологической помощью.

Ключевые слова: травматическая болезнь спинного мозга, психологическая дезадаптация, копинг-стратегии, мотивация.

Podolskaya K.V.

MOTIVATION OF ACCEPTANCE AND OF THE SEEKING OF PSYCHOLOGICAL AID AND COPING STRATEGIES IN PATIENTS WITH TRAUMATIC SPINAL CORD INJURY

*Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation
and Rehabilitation of Disabled Persons, Ministry of Labour of Russia,
Novokuznetsk, Russia*

Abstract. This article considers the problem of the motivation of acceptance and of the seeking of psychological aid in patients with traumatic spinal cord injury, as well as its assumed association with the intensity of coping strategies. Based on the obtained results it was supposed that high intensity and combination of coping strategies such as seeking social support, self-control, planning the solution of the problem, positive reassessment and confrontation can be effective in the process of acceptance and of the seeking of psychological aid.

Keywords: traumatic spinal cord injury, psychological maladaptation, coping strategies, motivation.

Введение. Спинномозговая травма, относящаяся к категории серьезных травм, имеет значительные последствия не только в виде медицинских осложнений, но и повышает риск возникновения психоэмоциональных нарушений, нарушений в сфере социальной адаптации, снижает качество жизни, так как само травмирующее событие, инвалидизация и все вытекающие из нее последствия, являются сильным стрессом, с которым

не каждый пациент может адаптивно совладать и самостоятельно справиться. Стратегии действий, предпринимаемые человеком в ситуации психологической угрозы, по определению Р. Лазаруса, называются копинг-механизмы. У каждого человека свой набор наиболее выраженных и предпочтаемых копинг-стратегий, которые могут как положительно влиять на успешность адаптации, так и приводить к различным психоэмоциональным нарушени-

Также не стоит забывать, что значительную роль в процессе успешной реабилитации играет мотивация больного (которая сочетает в себе как внутренние, так и внешние факторы). Снижение или отсутствие мотивации к получению и обращению за психологической помощью у пациентов, имеющих психоэмоциональные нарушения, значительно снижает продуктивность психологического консультирования, а также реабилитационный потенциал, в связи с чем определение факторов, влияющих на данный процесс может повысить эффективность восстановительного лечения.

Цель. Определить копинг-стратегии у больных с травматической болезнью спинного мозга, связанные с отказом от психологической помощи.

Материал и методы. Оценивали результаты тестирования 65 пациентов с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ) с давностью травмы до трех лет, проходивших курс реабилитации в ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России.

Для выявления признаков психологической дезадаптации использовали Тест психологической адаптации И.Н. Гурвича, Шкалу тревожности, депрессии и стресса (Depression, Anxiety, and Stress Scales-21, DASS-21). Повышенные баллы хотя бы по одному из тестов считали признаком психологической дезадаптации.

Пациенты были распределены на 3 группы в зависимости от наличия симптомов психологической дезадаптации и приверженности к психологической реабилитации: 1 группа (23 человека) – не имеющие выраженных нарушений адаптации по результатам тестирования; 2 группа (20 человек) – пациенты с симптомами психологической дезадаптации, которым была рекомендована психологическая помощь, но они от нее отказались; 3 группа (22 человека) – пациенты с симптомами психологической дезадаптации, которые обратились за психологической помощью.

Копинг-стратегии определяли при помощи теста «Опросник способов копинга» (Ways of Coping Questionnaire, WCQ) С. Фолкман и Р. Лазаруса. Сравнивали частоту встречаемости высокой напряженности различных копингов в каждой группе.

Результаты. Установлено, что наиболее часто пациенты с ТБСМ прибегают к копин-

гу «поиск социальной поддержки». При этом высокая напряженность данного копинга чаще отмечалась в 1 группе (61 %) и 3 группе (64 %), чем во 2 группе (54 %); это позволяет предположить адаптивный характер напряженности данного копинга. Такие пациенты чаще обращаются к использованию внешних ресурсов для разрешения проблемной ситуации, но могут иметь место чрезмерные ожидания по отношению к окружающим.

Наибольшие различия между группами выявлены по частоте встречаемости высокой напряженности копинга «конfrontация»: чаще к данному копингу прибегали пациенты 3 группы (39 % опрошенных, тогда как в 1 группе – 4 %, а во 2-ой – 5 %). Стратегия «конfrontация» рассматривается преимущественно как неадаптивная, за счет импульсивности в поведении, недостаточной целенаправленности, враждебности, трудностей планирования действий, прогнозирования их результата, неоправданного упорства. Но, возможно, такая стратегия поведения (в совокупности с высоким напряжением по шкале «поиск социальной поддержки»), может являться дополнительным толчком к обращению за психологической помощью.

Пациенты 1 группы чаще использовали копинги «дистанционирование» (17 % против 10 % во второй группе и 9 % – в 3-ей); «самоконтроль» (30 % против 15 % и 27 % соответственно); «планирование решения проблем» (52 % против 30 % во второй группе).

Копинг «положительная переоценка» чаще использовали пациенты 3 группы (36 %) и 1 группы (22 %).

Во всех группах отмечалось одинаково частое предпочтение копинга «принятие ответственности» (30 % – 40 % опрошенных). Использование данного копинга может являться фактором риска развития депрессивных состояний за счет необоснованной самокритики, переживания чувства вины и неудовлетворенности собой.

По встречаемости копинга «бегство-избегание» существенных отличий между группами не выявлено, его использовали не более 10 % респондентов.

Вывод. Основываясь на полученных данных можно предположить, что высокая напряженность и сочетание таких копингов как « поиск социальной поддержки», «самоконтроль», «планирование решения проблемы», «поло-

жительная переоценка», «конfrontация» (при высоком копинге поиска социальной поддержки), могут быть эффективными в процессе принятия и обращения за психологической по-



УДК 616.831-005

Помников В.Г., Саковский И.В.

АНАЛИЗ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ И НАРУШЕНИЯ ЖИЗНЕНДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ И НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт
усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация. Анализ показателей смертности, реабилитационного потенциала, особенностей течения церебрального инсульта (ЦИ) при новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

Материал и методы. Обследованы 50 пациентов в остром периоде ЦИ, у которых в ходе лечения диагностирована инфекция COVID-19. Для сравнения отобрана группа из 50 больных, которые в этот же период перенесли ЦИ.

Результаты. Наличие вируса SARS-CoV-2 подтверждалось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). В основной группе больных отмечена меньшая степень восстановления нарушенных неврологических функций по шкале инсульта Национальных институтов здоровья (NIHSS) по сравнению с контрольной группой. При выписке из стационара 33 (66 %) пациента имели умеренные и выраженные нарушения жизнедеятельности по модифицированной шкале Рэнкина (3-4 балла). Различия были статистически значимы; так, в основной группе

отмечались более выраженные нарушения жизнедеятельности, чем в контрольной группе. В основной группе лимфопения при поступлении отмечалась более часто, чем в контрольной группе.

Заключение. У группы больных с ЦИ, которые заболевают COVID-19, повышается показатель летальности, снижается восстановление неврологических функций и отмечаются более выраженные нарушения жизнедеятельности, наличие которых повышает уровень инвалидизации.

Ключевые слова: церебральный инсульт, новая коронавирусная инфекция, COVID-19, реабилитация.

Pomnikov V.G., Sakovskii I.V.

ANALYSIS OF RESTORATION OF NEUROLOGICAL FUNCTIONS AND IMPAIRED VITAL FUNCTIONS IN PATIENTS WITH CEREBRAL STROKE AND NEW CORONAVIRUS INFECTION

*Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical Experts,
Ministry of Labour of the Russian Federation,
St. Petersburg, Russia*

Abstract. Analysis of mortality rates, rehabilitation potential, and peculiarities of the course of cerebral stroke (CS) in new coronavirus infection (COVID-19).

Material and methods. We examined 50 patients in the acute period of CS, who were diagnosed with COVID-19 infection during treatment. For comparison, a group of 50 patients who underwent CS during the same period was selected.

Results. The presence of the SARS-CoV-2 virus was confirmed by polymerase chain reaction (PCR). In the main group of patients, there was a lower degree of recovery of impaired neurological functions according to the stroke scale of the National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) in comparison with the control group. When patients were discharged from the hospital, 33 (66%) of them had moderate and severe violations of vital activity according to the modified Rankin Scale (3-4 points). The differences were statistically significant, for example, in the main group there were more pronounced violations of vital activity than in the control group. In the main group, lymphopenia at admission was noted more often than in the control group.

Conclusion. In a group of patients with CS who become ill with COVID-19, the mortality rate increases, the recovery of neurological functions decreases and there are more pronounced violations of vital activity, the presence of which increases the level of disability.

Keywords: stroke, new coronavirus infection, COVID-19, rehabilitation.

Введение. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19), вызываемая РНК-вирусом SARS CoV-2, представляет глобальную угрозу для здоровья и жизни людей всего мира. Согласно рекомендациям по лечению острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в условиях пандемии COVID-19, предлагается рассматривать каждого пациента с клиникой церебрального инсульта (ЦИ) как потенциального носителя COVID-19. ЦИ у этих пациентов может быть как результатом осложнений, связанных с COVID-19, так и результатом декомпенсации ранее бессимптомных цереброваскулярных нарушений или следствием наличия распространенных факторов риска инсульта при COVID-19. Анализ факторов, связанных с инсультом у пациентов с COVID-19, а также выявление особенностей течения ЦИ у таких пациентов может помочь в диагностике, лечении и профилактике ЦИ, связанного с COVID-19.

Материал и методы. Работа проводилась на базе первичного сосудистого центра. Обследованы 50 пациентов (20 мужчин и 30 женщин; средний возраст 75 ± 6 лет) в островом периоде ЦИ, которые проходили лечение в период 2019-2020 гг., и у которых в ходе лечения диагностирована инфекция COVID-19. Для сравнения отобрана группа из 50 больных, которые в этот же период перенесли ЦИ. Группы аналогичны по возрасту и гендерному составу. Наличие вируса SARS-CoV-2 подтверждалось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Восстановление неврологических функций

оценивалось по шкале инсульта Национального института здоровья (NIHSS), а для оценки нарушений жизнедеятельности использовалась модифицированная шкала Рэнкина (mRS). Анализ проводился с использованием статистического пакета SPSS 18.0. Статистический анализ данных осуществлялся с помощью U-критерия Манна-Уитни. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали равным 0,05.

Результаты. В основной группе при оценке неврологического статуса медиана показателя по шкале NIHSS составила 11 баллов. Полное восстановление неврологических функций, что соответствует 0 баллов по шкале NIHSS, наблюдалось только у 3 (6 %) пациентов; у 17 (34 %) пациентов не произошло восстановления неврологических функций, 20 (40 %) пациентов продемонстрировали очень низкую степень восстановления неврологических функций (снижение на 2-3 балла по шкале NIHSS), а у 10 (20 %) пациентов имел место значительный регресс неврологической симптоматики (снижение на 4-5 баллов по шкале NIHSS). В контрольной группе медиана показателя по шкале NIHSS составила 6 баллов. Полное восстановление неврологических функций, что соответствует 0 баллов по шкале NIHSS, наблюдалось у 20 (40 %) пациентов; у 4 (8 %) пациентов не произошло восстановления неврологических функций, 10 (20 %) пациентов продемонстрировали очень низкую степень восстановления неврологических



функций (снижение на 2-3 балла по шкале NIHSS), а у 16 (32 %) пациентов имел место значительный регресс неврологической симптоматики (снижение на 4-5 баллов по шкале NIHSS). Различия статистически значимы: в основной группе отмечалась меньшая степень восстановления нарушенных неврологических функций ($p = 0,01$; $U = 354$). При анализе нарушения жизнедеятельности по шкале mRS следует отметить, что в основной группе при выписке 33 (66 %) пациента имели умеренные и выраженные нарушения жизнедеятельности (3-4 балла по mRS), в то время как в группе сравнения умеренные и выраженные наруше-

ния жизнедеятельности (3-4 балла по mRS) имели только 15 (30 %) пациентов. Различия статистически значимы: в основной группе отмечались более выраженные нарушения жизнедеятельности ($p = 0,01$; $U = 248$).

Заключение. Восстановление неврологических функций и нарушенных параметров жизнедеятельности в группе больных с ЦИ, которые заболевают COVID-19, происходит значительно хуже. При выписке эти пациенты более зависимы от посторонней помощи, следовательно, повышается уровень тяжелой инвалидизации.



УДК 616.8-08

Помников В.Г., Саковский И.В.

ВОЗМОЖНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ С ПОМОЩЬЮ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ НА ЭТАПЕ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт
совершенствования врачей-экспертов» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация. Церебральный инсульт остается важной и нерешенной проблемой двадцать первого века. В последние десятилетие в различных областях жизни все чаще стали применяться методики виртуальной реальности. Наибольший опыт использований методик виртуальной реальности накоплен в области восстановления движений после инсульта.

Ключевые слова: инсульт, виртуальная реальность, восстановления движения.

Pomnikov V.G., Sakovskiy I.V.

THE POSSIBILITY OF RESTORING THE MOTOR FUNCTION OF THE UPPER LIMB USING VIRTUAL REALITY AMONG PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE AT THE STAGE OF EARLY REHABILITATION

*Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical Experts,
Ministry of Labour of the Russian Federation,
St. Petersburg, Russia*

Abstract. Cerebral stroke remains an important and unresolved problem of the twenty-first century. In the last decade, virtual reality techniques have been increasingly used in various areas of life. The greatest experience in using virtual reality techniques has been accumulated in the field of recovery of movements after a stroke.

Keywords: stroke, virtual reality, motion recovery.

Введение. Церебральный инсульт остается одной из самых значимых медицинской проблемой двадцать первого века. Важность проблемы церебрального инсульта прежде всего определяется, тяжестью медицинских, экономических и социальных последствий. Двадцать первый век ознаменовался введением в медицинскую практику методик с использованием виртуальной реальности. Наибольший опыт использований методик виртуальной реальности накоплен в области восстановления движений после инсульта. В настоящем исследовании разработана и апробирована технология стимуляции репаративных процессов головного мозга, в основе которой лежит стимуляция воображения посредством аудиовизуальных стимулов.

Материал и методы. Исследования проводились на базе первичного сосудистого центра. В основную группу были отобраны 20 пациентов в остром периоде ишемического инсульта. Контрольная группа, у которой восстановление функции верхней конечности проводилось по стандартным методикам была сопоставима по возрасту, давности инсульта и степени неврологического дефицита.

Для восстановления двигательной функции руки в исследуемой группе была разработана методика виртуальной реальности, которую авторы назвали: «3d-аудиовизуализация». В предлагаемой методике движение руки воссоздано в трехмерном пространстве. Создаваемое трехмерное пространство представляет собой приятное природное окружение, которое дополнено идеомоторной фабулой и элементами музыкотерапии. Статистическая проверка проводилась с использованием непарного (двуихвыборочного) t-критерия Стью-

дента и U-критерия Манна-Уитни на персональном компьютере с применением пакета прикладных программ Statsoft Statistica v.6.0. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Все пациенты хорошо переносили лечение, не было отмечено нежелательных явлений. Восстановление силы проксимальных мышечных групп произошло у 18 из 20 исследуемых пациентов (90%). Степень восстановления варьировалась от 1 до 3-х баллов по Шкале количественной оценки мышечной силы комитета медицинских исследований (Medical Research council Scale). 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 (двуихвыборочному) t-критерию Стьюдента и U-критерию Манна-Уитни. Полученные эмпирические значения обоих критериев указывают на то, что предложенная методика оказывает влияние на выраженность пареза. Кроме этого многие пациенты отметили, что надевание очков позволяет «уйти из больничной среды», «обособиться от окружающей обстановки».

Заключение. В проведенном исследовании у 20 больных в возрасте старше 55 лет в остром периоде ишемического церебрального инсульта проведен оригинальный метод ранней нейрореабилитации. Отмечено, что методика дала положительные результаты. У пациентов достоверно снизилась выраженность пареза руки в проксимальных группах мышц.



УДК 61

Соловьёва Ю.М.

РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ. ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Волгоградской области» Минтруда России,
г. Волгоград, Россия*

Аннотация. В статье изложены современные подходы комплексной реабилитации инвалидов с рассеянным склерозом.

Ключевые слова: рассеянный склероз, особенности комплексной реабилитации, «реабилитационный круг», социальная защита инвалидов.

Solovieva Yu.M.

MULTIPLE SCLEROSIS. FEATURES OF REHABILITATION. MODERN LOOK

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of the Volgograd Region, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Volgograd, Russia*

Abstract. The article outlines modern approaches to the complex rehabilitation of people with multiple sclerosis.

Keywords: multiple sclerosis, features of complex rehabilitation, «rehabilitation circle», social protection of the disabled.

Введение. Рассеянный склероз (РС) – хроническое прогрессирующее аутоиммунное заболевание, при котором поражается миелиновая оболочка нервных волокон головного и спинного мозга. В России, по последним данным, проживает около 150 тысяч человек с рассеянным склерозом. К сожалению, болезнь поражает людей молодого возраста от 20 до 40 лет, как правило – женщин, при этом неуклонно «молодеет», дебют заболевания все чаще возникает в подростковом возрасте, приводя к быстрой инвалидизации. В настоящее время болезнь неизлечима, но благодаря появлению ПИТРС-терапии (Препараты, Изменяющее Течение Рассеянного Склероза) есть возможность затормозить и на долго стабилизировать состояние пациента. Однако, медицинский аспект реабилитации пациентов с РС – не единственный. Как и с любым хроническим заболеванием, с установлением диагноза РС меняются правила жизни

и образ жизни пациента, его социальная активность и статус (семейный статус, профессиональный статус, психологический статус). На сегодняшней день единого подхода и утвержденного государственного стандарта в России по реабилитации пациентов с РС нет, однако существует множество методик реабилитации и сопровождения.

Материал и методы. Использование интернет-ресурсов, изучение возможностей реабилитационных технологий в субъекте Российской Федерации (Волгоградская область).

Результаты. Сложность комплексной реабилитации при РС – это максимально затормозить прогрессирование заболевания, помочь пациенту адаптироваться к имеющемуся в настоящий момент патологическому локомоторному стереотипу (мозжечковая атаксия, парезы, зрительные нарушения), обеспечить максимальную психологическую поддержку (исключение депрессивных состояний, кор-

рекция астенических проявлений), обеспечение оптимальных условий профессиональной деятельности, адаптация жилья пациента согласно его потребностям, обеспечение техническим средствами реабилитации, обучению родственников пациентов с выраженным неврологическим дефицитом правилам ухода.

В чем же нуждается такой пациент? Конечно, применение современных препаратов и их постоянный прием. Но по сути, лекарственная терапия – это только верхушка «реабилитационной пирамиды».

Типичный пациент с РС – это молодая женщина, как правило, замужем, имеющая детей школьного возраста, работающая, занимающаяся спортом, ведущая активный образ жизни.

Реабилитация при рассеянном склерозе мультисистемна. Пациент с РС «работает» с целой реабилитационной бригадой (в нее входят врач-невролог, физиотерапевт, психолог, логопед, врач-уролог, врач-ортопед, врач-гастроэнтеролог, по необходимости – врач-психиатр, трудотерапевт, социальный работник).

Психологическая реабилитация. Первое чувство, когда женщина узнает о диагнозе, – это растерянность и непонимание (шок). На этапе установки диагноза недостаточно слов лечащего врача, необходима мощная психологическая поддержка, причем не только пациенту, но и членам его семьи. Семья должна знать о диагнозе, чтобы и другие члены семьи могли помочь, взять на себя некоторые бытовые обязанности, психологически помочь адаптироваться к новым реалиям как пациенту, так и самим. Поддержка опытного психолога – это постоянная работа и с пациентом, и с членами семьи, помогающая преодолеть трудности на каждом этапе жизни с РС (от дебюта заболевания до стадии с тяжелым неврологическим дефицитом). Основное направление психологической реабилитации – избежать развития депрессии, свести к минимуму астенические проявления.

Медицинская реабилитация крайне важна в периоде ремиссии РС. Спектр процедур зависит от типа течения РС, быстроты нарастания неврологического дефицита, особенностей его проявления. Различают следующие варианты течения РС:

1. Прогредиентное, с незначительными облегчениями в самочувствии на фоне постоянного, но медленного ухудшения функций нервной системы.

2. Ремиттирующее, с короткими и неполными улучшениями.

3. Доброкачественное, с длительными и глубокими ремиссиями.

4. Злокачественное, с быстрым исходом в инвалидность.

Больше 40 % пациентов имеют прогредиентное течение РС.

Реабилитационные мероприятия, проводимые в стационарных условиях (физиотерапия, лечебная физкультура, эрготерапия, лечебное плавание, логопедическая коррекция) направлены на возможность компенсации нарушений мелкой моторики кистей, на повышение уровня самообслуживания и самостоятельного передвижения (нарушенных из-за парезов в нижних конечностях), нарушений координации, нарушений зрения, речевых нарушений, нарушений функций тазовых органов. Но реабилитация не должна заканчиваться после выписки из реабилитационного центра. Домашний этап имеет еще большее значение.

Для оценки своих возможностей пациенту с РС можно предложить вести дневник или «карту активности», где отмечаются все сложности перемещения, самообслуживания, общения, возможности выполнения трудовых обязанностей. Это даст возможность реабилитационной бригаде изменять план реабилитации каждого конкретного пациента. Чем может помочь самому пациенту такой дневник? Определить, какое из проявлений РС больше всего ухудшает качество жизни. Даст возможность скорректировать и оптимизировать бытовые процессы (уход за собой, приготовление пищи, организация хранения вещей, уборка дома, занятия с детьми). Изменить распорядок дня в соответствии со своим самочувствием.

Продумать и выбрать оптимальный маршрут передвижения как в квартире, так и на улице. Рассмотреть использование сервисов по доставке продуктов и товаров на дом. Мотивировать пациента на активную повседневную реабилитацию. Объективно оценить возможность ведения дальнейшей трудовой деятельности.

Что можно использовать для реабилитационных мероприятий дома. Разработки последних лет в лечении и реабилитации РС доказали, что самая оптимальная нагрузка – это сохранение повседневной двигательной активности с учетом двигательных нарушений (спастичность мышц, трепор, возмож-

ность самостоятельной ходьбы, способность удержания равновесия, снижение мышечной силы, вторичная атрофия мышц). Различные методики лечебной физкультуры направлены на профилактику контрактур, пролежней, увеличение объема движений, возможности самостоятельного передвижения, в том числе с использованием технических средств, поддержание адекватной работы сердечно-сосудистой системы, пищеварительной системы мочевыделительной системы, профилактику переломов, обеспечение независимости пациента. Контролировать тренировки можно с помощью гаджетов (треккеры, смартфон), это – может помочь и врачам–реабилитологам для коррекции индивидуального плана.

Профессиональная реабилитация сложна, теперь весь рабочий процесс будет зависеть от течения болезни. Адекватная оценка основных клинических симптомов поможет максимально адаптироваться на рабочем месте, сохраняя производительность труда. При дебюте РС и начальных проявлениях (незначительные нарушения нейромышечных скелетных и связанных с движением статодинамических функций, сенсорных (зрительных) функций и др.) возможно рассмотреть «удаленную работу из дома», «фриланс», изменить график работы, возможность перевода на неполный рабочий день. Возможна смена сферы деятельности, но это длительный и трудоемкий процесс.

При инвалидизации пациента согласно Трудовому законодательству Российской Федерации и Федеральному закону о социальной защите инвалидов работодатель в соответствии с разработанной индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида обязан гарантировать работнику рекомендуемые условиями труда (дополнительные перерывы, работа в оптимальных, допустимых условиях), провести оснащение специального рабочего места, как правило – это специальное место для работника с нарушением функций опорно-двигательного аппарата, в том числе передвигающегося с использованием кресла-коляски. Так, оборудованное рабочее место инвалида не должно мешать работе других работников. Нельзя размещать рабочее место в подвальных и цокольных этажах, в зданиях без естественного освещения и воздухообмена. Рекомендуемые размеры из расчета на одного работающего инвалида: объемом не менее 15 куб.м; площадью не менее 4,5 кв.м. Рабочее

место должно размещаться на нескользком и теплом полу. В помещении должны быть оптимальные и допустимые санитарно-гигиенические условия (небьющиеся стекла в окнах; рабочие столы должны быть высотой 630-1020 мм, стул – легко перемещаться в рабочей зоне; установка ограждающих устройств в опасных местах (например, на лестничных клетках), инструментальные шкафы должны быть высотой 800-1600 мм; полки для аппаратуры должны быть таких размеров, чтобы предметы на них не выступали за края; адаптированная компьютерная программа «управление голосом» при невозможности работать на классической клавиатуре при нарастающей спастике в руках, помещения, мастерские и участки небольшого размера для лучшего контроля работников). Выполнить рекомендации по производственной (социально-психологическая, социально-производственная) адаптации. Ведь взаимопонимание, взаимодействие и взаимопомощь в коллективе влияет на производительность труда.

Социальная реабилитация. Создание доступной бытовой и социальной среды очень важно. Например, рассмотреть возможность оборудования подъезда электроподъемником, возможность переезда на более низкий этаж (не выше второго этажа), в квартире перенос электровыключателей и розеток в более удобное место, оборудование ванной комнаты, санузла, коридора поручнями, регулируемая по высоте мебель, нескользящая кухонная утварь и посуда, нескользящие коврики в ванной комнате, установка невысокого душевого поддона.

Использование функционально-эстетической одежды. С прогрессированием заболевания пользоваться привычными юбками, брюками, блузками, обувью становится крайне сложно. Одежда для пациентов с нарушениями двигательных функций в последние годы получила большое распространение. Одежда производится из качественных материалов, эстетичная, имеет конструктивные особенности (застежки-клепки или молнии), которые помогают быстро снять или переодеть одежду, сменить абсорбирующую белье, капоры для кресла-коляски защищают от дождя и снега, предохраняют от переохлаждения.

Технические средства реабилитации (ТСР). К сожалению, по мере нарастания неврологического дефицита без ТСР инвалиду с РС

обойтись невозможно. При умеренно выраженных нарушениях функций организма рекомендуются многоопорные трости, максимально подходящие для поддержания опоры и равновесия, позволяют минимизировать падения. При выраженных нарушениях нейромышечных функций в сочетании с умеренными атактическими нарушениями могут быть рекомендованы ходунки на колесах, либо кресла-коляски; обычно пациенты с РС предпочтуют пользоваться креслом-коляской с ручным приводом, ее легче сложить и перемещать в автомобиле, однако управление такой коляской возможно только при сохраненной силе в руках. Для пациентов с нарушениями нейромышечных функций верхних и нижних конечностей рекомендуется кресло-коляска с электроприводом. Тип привода определяется индивидуально в зависимости от места проживания, передвижения инвалида как в жилом помещении, так и вне его. При присоединении нарушений функций мочевыделительной системы возникает необходимость в применении абсорбирующего белья. На поздней стадии РС для улучшения качества жизни инвалидам дополнительно рекомендуются многофункциональная кровать, противопролежневые матрацы, подушки. Большое значение в поздней стадии РС придается уходу, социальному и психологическому сопровождению пациента, обучению членов семьи методикам ухода за маломобильным пациентом, для улучшения качества жизни и профилактике вторичных осложнений.

Таким образом, формируется «реабилитационный круг» для пациента с РС.

В Волгоградской области всего вследствие РС в 2020 году признано инвалидами 146 человек, из них впервые – 32 человека; в 2021 году – 222 человека, из них впервые – 30 человек. По гендерному признаку преобладают женщины (41 человек или 66 %). Среди впервые признанных инвалидами первая группа инвалидности установлена 1 (1,6 %) гражданину. Вторая группа инвалидности установлена 16 (25,8 %) гражданам, третья группа инвалидности установлена 45 (72 %) гражданам. При повторном освидетельствовании бессрочно группа установлена в 42 (11,5 %) случаях.

Заключение. В Волгоградской области действует реабилитационное отделение для пациентов с РС. В плане реабилитации – проведение курсовой физиотерапии, эрготерапии, лечебной физкультуры, психологической коррекции. В объем реабилитационных мероприятий включены: коррекция или восстановление двигательного дефицита, восстановление утраченных бытовых навыки, логопедическая коррекция, психотерапевтическая коррекция, психологическое тестирование. Проводятся групповые или индивидуальные (в зависимости от неврологического дефицита) занятия ЛФК, физиотерапевтические процедуры, медикаментозное лечение. В отделении работают специалисты междисциплинарной бригады: невролог, врач восстановительной медицины (реабилитолог), логопед, медицинский психолог, психотерапевт, психиатр, врач лечебной физкультуры, врач физиотерапевт, методист по лечебной физкультуре, инструктор по лечебной физкультуре, массажисты.

В рамках социальной помощи людям с ограниченными возможностями продолжает действовать и развиваться программа социального патронажа и сопровождения, программы обучения уходу за маломобильным пациентом. Расширена социальная сеть проката ТСР. Реализуется программа переобучения и трудоустройства граждан, имеющих инвалидность с РС.

В регионе около десяти лет существует региональное отделение организации инвалидов – больных с рассеянным склерозом, объединяющая пациентов с РС. Основные направления деятельности: оказание всесторонней помощи и поддержки инвалидам с рассеянным склерозом и другими демиелинизирующими заболеваниями, их оптимальная социальная адаптация в обществе.

Итак, на сегодняшний день в России и в нашем регионе созданы все предпосылки для разработки и внедрения единого государственного стандарта по реабилитации пациентов с рассеянным склерозом. Продолжительность жизни пациента с РС при полной вовлеченности в «реабилитационный круг» не отличается от средней статистической продолжительности жизни. Основная цель – улучшение качества жизни и преодоление барьеров в социальной, бытовой и профессиональной сфере.

ОЦЕНКА НАРУШЕННЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт
усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация. Были изучены индивидуальные программы реабилитации 68 пациентов с декомпенсированной сердечной недостаточностью, обследованных в бюро медико-социальной экспертизы. Установлены основные нарушения функций сердечно-сосудистой системы, наиболее часто выявляемые при хроническом течении сердечной недостаточности (ХСН). Для верификации нарушений функций у пациентов с ХСН использовались области, рекомендованные международной классификацией функционирования (ICF) для оценки функционирования сердечно-сосудистой системы. В результате исследования было установлено, что нарушение параметров центральной гемодинамики соответствует доменам «сократительная сила миокарда желудочков», «дыхательные функции», «функции переносимости физической нагрузки», «функции водного, минерального и электролитного баланса», «утомляемость», выявленные у всех пациентов, в той или иной степени. Выраженность проявлений соответствующих областей различалась по значению детерминанты, которое варьируется в зависимости от исходного уровня показателя и качества выполненных реабилитационных мероприятий. В меньшей степени выраженность декомпенсации кровообращения была отражена в областях «кровоснабжение сердца», «функции кровеносных сосудов», «функции кровяного давления», «ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной систем», «функции мышечной силы», «волевые и стимулирующие функции», значения которых по уровню детерминанты имели более выраженную вариабельность. Нами разработаны и предложены к использованию базовые наборы доменов ICF у пациентов с декомпенсированной сердечной недостаточностью, которые позволяют более эффективно выявлять ключевые проблемы инвалидов, более объективно формировать план комплексных реабилитационных мероприятий, что во многом определяет прогноз у данной категории пациентов. Для обсуждения предлагаются разработанные авторами блоки категорий и положений для раздела «сердечно-сосудистые заболевания» международной классификации, упрощающие и облегчающие использование МКБ в практической работе с учетом стандартов обследования, лечения и реабилитации в Российской Федерации для пациентов с декомпенсированной ХСН.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, нарушения функций, МКФ.

Stolov S.V., Makarova O.V.

ASSESSMENT OF DISTURBED FUNCTIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE ACCORDING TO ICF CATEGORIES

*Saint-Petersburg Postgraduate Institute
of Medical Experts, Ministry of Labour of the Russian Federation,
St. Petersburg, Russia*

Abstract. We studied individual rehabilitation programs of 68 patients with decompensated heart failure who were examined by the Bureau of Medical and Social Expertise. The main disorders of the functions of the cardiovascular system, most frequently detected in the chronic course of heart failure (CHF), have been established.

To verify impaired functions in patients with CHF we used the domains recommended by the International Classification of Functioning (ICF) for assessing the functioning of the cardiovascular system. The study showed that the impairment of central hemodynamics parameters corresponds to the following domains: «contractile force of the ventricular myocardium», «respiratory functions», «functions of exercise tolerance», «functions of water, mineral and electrolyte balance», «fatigue» that were detected among all patients to varying degrees. The severity of the manifestations of the corresponding domains differed in the value of the determinant, which varies depending on the baseline and the quality of the rehabilitation measures performed. To a lesser extent, the severity of circulatory decompensation was reflected in the following domains: «blood supply to the heart», «functions of blood vessels», «functions of blood pressure», «sensations associated with the functioning of the cardiovascular and respiratory systems», «functions of muscle strength», «volitional and stimulating functions», whose determinant had a more pronounced variability. We have developed and proposed for use the basic sets of ICF domains in patients with decompensated heart failure, which allow to more effectively identify the key problems of disabled people, more objectively form a plan for complex rehabilitation measures, which largely determines the prognosis in this category of patients. The blocks of categories and provisions developed by the authors for the section «cardiovascular diseases» of the international classification are proposed for discussion, that simplify and facilitate the use of the ICF in practical work, taking into account the standards of examination, treatment and rehabilitation in the Russian Federation for patients with decompensated CHF.

Keywords: chronic heart failure, functional disorders, ICF.

Введение. В структуре первичной инвалидности декомпенсированная хроническая сердечная недостаточность (ХСН) занимает лидирующее место. Медицинская реабилитация вносит существенный вклад в улучшение прогноза таких больных, однако не является достаточной для решения всех проблем инвалида. Уникальным инструментом для описания функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья, является международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), предложенная экспертами Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в качестве «золотого стандарта» оценки последствий заболеваний, травм и дефектов, пригодная для начальной оценки, постановки цели реабилитации и заключительной оценки результатов реабилитации.

Материал и методы. В исследование включены 68 пациентов с ХСН 2Б-3 стадиями (III-IV ФК по NYHA), средний возраст 63,9 года, длительностью заболевания около 7 лет, с преобладанием мужчин (66,5 %). Первая группа инвалидности была установлена у 40, вторая группа – у 28 больных. По данным эхокардиографии преобладали пациенты со сниженной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) (62 %). У инвалидов первой группы снижение ФВ ЛЖ было более выраженным по сравнению с больными второй группой инвалидности ($42,8 \pm 4,4$ и $49,2 \pm 5,6$, соответ-

ственно) со статистически значимой разницей между ними ($p < 0,05$). Другие показатели гемодинамики между группами значимо не различались.

Результаты. Из большого блока МКФ «Функции сердца» мы провели оценку ключевых доменов, которые выявлялись у всех наших пациентов. Домен b4102 «Сократительная сила миокарда желудочков» у наших больных имел существенную вариацию (от 1 до 4), поскольку тяжесть декомпенсации только в 62 % случаев была связана со снижением ФВ ЛЖ. Домен b450 «Функции толерантности к физической нагрузке» составлял, в среднем, 3,5 (на уровне значительно выражен). Домен b440 «Функции дыхания» составлял 3,23 (на уровне значительно выражен). Домен b545 «Функции водного, минерального и электролитного баланса», отражающий наличие отёков, в среднем, составлял 2,9 (на уровне значительно выражены). Домен b4552 «Утомляемость» у наших пациентов находился на уровне 2,8 (выраженный).

В разделе МКФ, посвященном активности и участию, в группе обследуемых выявлены нарушения функциональной активности в следующих доменах: d4500 «ходьба на короткие расстояния» (на уровне 2,3 – умеренные); d4501 «ходьба на дальние расстояния» (на уровне 3,4 – значительно выражен); d640 «выполнение работы по дому» (на уровне 3,2 – значительно выраженный); e310 «по-

мощь ближайших родственников» (определитель 2,4); е355 «удовлетворенность помощью медицинского персонала» (определитель 2,2 – умеренный). Таким образом, немедицинские ключевые проблемы у больных декомпенсированной ХСН имели столь же важное значение при формировании ограничения жизнедеятельности, как и медицинские.

Заключение. Подводя итоги нашей работы, необходимо отметить, что наряду с оценкой традиционных параметров гемодинамики и

клинических признаков заболевания, важным элементом эффективной комплексной реабилитации инвалидов вследствие декомпенсированной ХСН, является контроль нарушенных функций с учетом доменов МКФ, сформированных в базовый набор для кардиологических больных, позволяющий сосредоточить внимание не только на ключевых медицинских проблемах болезни, но и функционирования индивида в его естественных жизненных ситуациях.



УДК 616.8-009.11

Фроленко С.Ю.¹, Коновалова Н.Г.^{1,2}, Деева И.В.¹, Дробышева Е.Г.¹

ЗНАЧЕНИЕ ПОСТУРАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СИДЯ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ НАВЫКОВ ПОЛЬЗОВАНИЯ КРЕСЛОМ-КОЛЯСКОЙ ИНВАЛИДОВ С НИЖНЕЙ ПАРАПЛЕГИЕЙ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр
медицинско-социальной экспертизы реабилитации инвалидов» Минтруда России¹,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей –
филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования» Минздрава России²,
г. Новокузнецк, Россия*

Аннотация. Современные кресла-коляски имеют большие возможности, реализовать которые могут пациенты с достаточной силой и координацией движений.

Цель: анализ двигательных возможностей пациентов с нижней параплегией, необходимых для пользования креслом-коляской.

Материал и методы. Наблюдали 196 пациентов с нижней параплегией в процессе освоения и совершенствования навыков пользования креслом-коляской. При поступлении и перед выпиской проводили тестирование уровня компенсации (УК) функции сидения и навыков пользования креслом-коляской.

Результаты. Пациенты с 1 УК функции сидения освоили езду по прямой, повороты. Пациенты с 2 УК функции сидения освоили езду с разной скоростью. Пациенты с 3 УК функции сидения освоили более сложные навышки пользования креслом-коляской.

Заключение. Пациенты с нижней параплегией способны освоить выполнение трюков в кресле-коляске, если они имеют 3 УК функции сидения.

Ключевые слова: параплегия, уровень компенсации, сидение, передвижение, кресло-коляска.

THE IMPORTANCE OF SITTING POSTURAL REGULATION FOR THE DEVELOPMENT OF WHEELCHAIR USE SKILLS BY PEOPLE WITH LOWER PARAPLEGIA

Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons, Ministry of Labour of Russia¹, Novokuznetsk State Extension Course Institute for Medical Practitioners – Affiliated Branch of the Russian Medical Academy of Continuing Vocational Education², Novokuznetsk, Russia

Abstract. Modern wheelchairs have great possibilities, which can be realized by patients with sufficient strength and coordination of movements.

Purpose: to analyze patients's with lower paraplegia motor abilities, which are necessary to mastering wheelchair tricks.

Material and methods. We observed 196 patients with lower paraplegia in the process of mastering and improving the skills of using a wheelchair. Testing of sitting's compensation level (CL) and wheelchair use skills was performed on admission and before discharge.

Results. Patients with CL 1 of sitting function mastered to ride in a straight line and turning. Patients with CL 2 of sitting function mastered to ride at different speeds. Patients with CL 3 of sitting function mastered wheelchair tricks. Conclusion. Patients with lower paraplegia are able to master wheelchair tricks if they have CL 3 of sitting function.

Keywords: paraplegia, level of compensation, sitting, movement, wheelchair.

Современные кресла-коляски открывают большие возможности для мобильности пациентов. Их конструкции позволяют перемещаться по наклонным поверхностям, песку, ступенькам, преодолевать небольшие препятствия, заниматься различными видами адаптивного спорта. Для реализации этих возможностей требуется обучение и целенаправленная физическая подготовка.

Цель исследования: анализ двигательных возможностей пациентов с нижней параплегией, необходимых для освоения навыков пользования креслом-коляской.

Материал и методы. Исследование проведено на базе отделения медико-социальной реабилитации, физиотерапии и лечебной физкультуры ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России в 2018-2022 годах. Наблюдали 196 пациентов с нижней параплегией в промежуточном и позднем восстановительном периоде травматической болезни спинного мозга в процессе освоения и совершенствования

навыков пользования креслом-коляской. Пациенты посещали десятидневные курсы занятий лечебной физкультурой (ЛФК) и занятий по обучению пользованию креслом-коляской. Методы исследования при поступлении и перед выпиской: клиническое наблюдение, тестирование уровня компенсации (УК) функции сидения и навыков пользования креслом-коляской.

Результаты. Пациентов разделили по группам в зависимости от УК функции сидения при поступлении. Получилось 4 неравные группы.

Перед началом тренировок 2 пациента не могли удерживать позу сидя без внешней фиксации туловища к спинке кресла-коляски, самостоятельно не передвигались. С этими людьми занятия ЛФК были направлены на повышение силовой выносливости мышц корсета и повышение УК сидения до 1. На занятиях по обучению пользованию креслом-коляской они осваивали движение по прямой вперед и назад по ровной твердой поверхности (пол). Оба пациента повысили УК сидения до 1, на-

учились передвигаться в кресле-коляске по прямой вперед и назад.

80 человек имели 1 УК сидения – они могли сидеть без внешней фиксации, опираясь на спинку и/или подлокотники кресла-коляски, могли передвигаться по прямой. С ними на занятиях ЛФК тренировали мышцы корсета и учились удерживать позу сидя без дополнительной опоры. На занятиях по обучению пользованию креслом-коляской они осваивали движение по прямой вперед и назад по ровной твердой поверхности (пол) и повороты в стороны.

В этой группе 5 пациентов повысили УК сидения до 2, научились передвигаться в кресле-коляске по прямой вперед и назад, поворачивать, поднимать с пола предметы каждой рукой по очереди. 75 человек не смогли повысить УК сидения, хотя сила мышц туловища и плечевого пояса у них выросла. Они научились передвигаться спиной вперед, поворачивать кресло-коляску, скорость передвижения увеличилась.

Второй УК функции сидения при поступлении имели 108 человек. На занятиях ЛФК они работали над совершенствованием постуральной регуляции в пределах этого уровня, увеличением силовой выносливости мышц туловища, плечевого пояса, верхних конечностей. Эти пациенты освоили передвижение в кресле-коляске вперед, назад, повороты, наклон в кресле-коляске, подъем предметов с пола обеими руками, езду по «змейке», научились разгоняться и резко останавливаться, доставать предметы с пола и с полок.

Третий УК функции сидения был у 6 человек, которые могли свободно сидеть, наклоняться, выпрямляться и поворачиваться сидя, без помощи рук, доставать обеими руками предметы сверху, с пола, без опоры спиной о кресло-коляску. Все они умели ездить по ровной твердой поверхности вперед, назад, поворачивать. На занятиях по ЛФК пациенты работали над совершенствованием координации движений и удержания равновесия в положении сидя; укреплением аксиальной мускула-

туры и мышц плечевого пояса. На занятиях по совершенствованию навыков пользования креслом-коляской формировали навыки передвижения по мягкой поверхности, быстрого поднятия передних колес, удержания равновесия на задних колесах, преодоления порогов и канав, езды вверх и вниз по наклонной плоскости, езду вверх и вниз по лестнице. Эти навыки они освоили, что дало возможность путешествовать по улице, выходить за пределы асфальтированных дорог, посещать торгово-развлекательные центры и другие места общего пользования.

Обсуждение. Пациенты имели разную физическую подготовленность, что отразилось на успешности освоения передвижения и выполнения трюков в кресле-коляске. В свою очередь, освоение передвижения и выполнения трюков в кресле-коляске способствовало улучшению физической подготовленности пациентов с нижней параплегией, что проявилось в повышении УК функции сидения, либо совершенствовании этой функции в пределах одного уровня.

Пациенты с 1 УК функции сидения способны освоить езду по прямой, повороты в стороны. Это дает им возможность перемещаться в пределах квартиры.

Пациенты с 2 УК функции сидения способны освоить езду с разной скоростью, тонко меняя направление движения, что позволяет им перемещаться в пределах квартиры, выполнять различные работы по дому.

Пациенты с 3 УК функции сидения способны освоить более сложные навыки пользования креслом-коляской, что открывает им перспективу свободного перемещения вне дома.

Заключение. Пациенты с нижней параплегией способны совершенствовать навыки пользования креслом-коляской, если они могут удерживать позу сидя на 3 уровне компенсации. Лица с более низким уровнем компенсации функции сидения осваивают передвижение по ровной твердой поверхности вперед, назад и повороты.



ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ ПОЛЬЗОВАНИЮ КРЕСЛОМ-КОЛЯСКОЙ ИНВАЛИДОВ С ГЕМИПАРЕЗОМ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр
медицинско-социальной экспертизы реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Аннотация. В мире остро стоит проблема восстановления мобильности пациентов после мозгового инсульта.

Цель: анализ двигательных возможностей пациентов с гемипарезом и упражнений, необходимых для пользования креслом-коляской.

Материал и методы. 35 пациентов с гемипарезом вследствие мозгового инсульта в позднем восстановительном периоде обследованы клинически, проведено тестирование мышечной силы по Lovett, уровней компенсации двигательных функций, навыка пользования креслом-коляской.

Результаты. Для продвижения коляски пациенты используют здоровые конечности, совершая непривычные движения, координация которых сложна, сила мышц недостаточна. При движении по прямой необходима сила мышц: не ниже 2 баллов – верхняя конечность, 3 баллов – разгибатели тазобедренного и коленного суставов; уровень компенсации сидения – 2. Задача лечебной физкультуры – повысить силу мышц до необходимого уровня и сформировать нужные движения.

Заключение. Для управления креслом-коляской необходимо физическими упражнениями повысить силу мышц здоровой руки до 2 баллов, разгибателей нижней конечности – до 3, уровень компенсации сидения – до 2.

Ключевые слова: гемипарез, физические упражнения, передвижение, кресло-коляска.

Frolenko S.Yu., Deeva I.V., Drobysheva E.G.

PHYSICAL EXERCISES REQUIRED FOR TRAINING THE USE OF WHEELCHAIR FOR PATIENTS WITH HEMIPARESIS

*Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons, Ministry of Labour of Russia,
Nokuznetsk, Russia*

Abstract. The problem of restoring patients after a cerebral stroke mobility is acute all over the world. Purpose: analysis of motor abilities in patients with hemiparesis and the exercises necessary for mastering the use of a wheelchair. Material and methods. We clinically examined 35 patients with hemiparesis due to cerebral stroke in the late recovery period; tested their levels of motor function compensation, wheelchair use skills and their muscle strength according to Lovett. Results. The patients use healthy limbs to propel the wheelchair, making unusual movements, which coordination is difficult and the muscle strength is insufficient. Muscle strength is required at least 2 points for upper limb, 3 points for extensors of the hip and knee joints; compensation level 2 of sitting for driving in a straight line. The task of training is to increase muscle strength to the required level and form the necessary movements.

Conclusion. It is necessary to increase the strength of a healthy arm's muscles to 2 points, the lower limb's extensors to 3 points, the compensation level of sitting to 2 points by workouts to control a wheelchair.

Keywords: hemiparesis, exercise, locomotion, wheelchair.

Мозговой инсульт – серьезная проблема для современного мира. В реабилитации этих пациентов остро стоит проблема восстановления мобильности, особенно, учитывая немолодой возраст, слабую физическую подготовленность, коморбидную патологию.

Цель исследования: анализ двигательных возможностей пациентов с гемипарезом и упражнений, необходимых пользования креслом-коляской.

Материал и методы. Исследование проведено на базе отделения медико-социальной реабилитации, физиотерапии и лечебной физкультуры ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России в 2018-2022 годах. Наблюдали 35 пациентов с гемипарезом вследствие мозгового инсульта в позднем восстановительном периоде. Все они поступили в отделение для обучения пользованию креслом-коляской. Методы исследования: клиническое наблюдение, определение силы мышц здоровых конечностей по Lovett, тестирование уровня компенсации (УК) функции сидения и навыков пользования креслом-коляской.

Результаты. Вращение обода колеса кресло-коляски – движение, требующее высокой координации: надо попасть в ритм вращения колеса, взять за обод и прокрутить его.

Ошибки связаны с высоким риском попадания пальцев и кисти парализованной руки между ободом и колесом, либо между спицами колеса. Поэтому навык управления креслом-коляской формировали с помощью здоровых конечностей. Пациентам предлагали следующее упражнение: поставить прямую ногу пяткой на пол, затем, осуществляя перекат на носок, проталкивать кресло-коляску вперед, поочередно прокручивая ободы обоих ведущих колес здоровой рукой.

В то же время, пациенты имеют слабую физическую подготовленность, что проявляется в низкой силе мышц здоровых конечностей. Наблюдения показали, что для освоения управления креслом-коляской при движении по прямой по гладкой поверхности необходима сила мышц: не ниже 2 баллов – верхняя конечность, 3 баллов – разгибатели тазобедренного и коленного суставов; УК сидения – 2. Задача лечебной физкультуры – повысить силу мышц до требуемого уровня и сформировать нужные движения.

Заключение. Наблюдения за пациентами с гемипарезом в процессе освоения ими управления креслом-коляской показали, что минимальные требования к силе мышц здоровых конечностей – 2 балла, разгибателей суставов нижней конечности – 3 балла, уровню компенсации сидения – 2.



ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПОВЫШЕНИИ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВОЙ АДАПТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

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

Аннотация. Показано, что включение тренинга с использованием современной технологии виртуальной реальности в курс реабилитации инвалидов с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения положительно влияет на функции верхней конечности, улучшая комплексные двигательные навыки, необходимые в повседневной жизни, и способствуя повышению уровня социально-бытовой адаптации.

Ключевые слова: острое нарушение мозгового кровообращения, социально-бытовая адаптация, виртуальная реальность.

Khokhlova O.I., Drobysheva E.G., Starchenko O.V.

THE POSSIBILITIES OF MODERN TECHNOLOGIES IN INCREASING THE LEVEL OF SOCIAL AND DOMESTIC ADAPTATION FOR DISABLED PEOPLE WITH THE CONSEQUENCES OF ACUTE CEREBRAL CIRCULATORY DISORDERS

*Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation
and Rehabilitation of Disabled Persons, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Novokuznetsk, Russia*

Abstract. It has been found that the inclusion of training with the use of modern virtual reality technology in the rehabilitation for disabled people with the consequences of acute impairment of cerebral circulation has a positive effect on the functions of the upper extremity, improving the complex motor skills necessary in everyday life, and contributing to the improvement of social and domestic adaptation.

Keywords: acute impairment of cerebral circulation, social and domestic adaptation, virtual reality.

Введение. В процессе реабилитации инвалидов с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) особое значение имеет восстановление двигательной активности верхних конечностей, необходимой для осуществления повседневной деятельности. Однако это сложная задача, поскольку такая деятельность требует способности выполнения комплекса действий (перемещение руки в пространстве, захват

предмета, удержание, манипулирование); часто необходимо скоординированное использование обеих рук. Усугубляющей проблемой является феномен выученного неиспользования пораженной конечности. Поскольку при ОНМК далеко не всегда удается восстановить утраченную мышечную силу или уменьшить спастичность, основной задачей становится выработка компенсаторных паттернов движения, необходимых для выполнения конкрет-

ного действия в реальной жизни. При этом исследователями подчеркивается важность регулярного выполнения целенаправленных повторяющихся движений. Однако отмечается, что, с одной стороны, обычные программы реабилитации часто требуют много времени и ресурсов, а их результаты зависят от опыта и знаний специалиста. С другой стороны, однобразие тренировок приводит к снижению мотивации пациента и его приверженности к выполнению упражнений. В этом контексте традиционные реабилитационные мероприятия могут быть дополнены новыми технологиями, такими как виртуальная реальность (ВР). Считается, что ВР в сочетании с традиционными реабилитационными мероприятиями может улучшить мотивацию и результаты. Однако эффективность такого сочетания недостаточно изучена.

Цель исследования: оценить эффективность курса комплексной реабилитации с использованием ВР у инвалидов с последствиями ОНМК.

Материал и методы. В программу реабилитации в условиях стационара 15 пациентов с последствиями перенесенного не более 3-х лет назад ОНМК помимо стандартных процедур (медикаментозная терапия по показаниям, парафино-озокеритные аппликации на паретичные конечности, массаж, лечебная физкультура) были включены последовательные занятия с использованием технологии ВР аппаратно-программных комплексов «Девирта – Делфи» и «Девирта-Точность» (по 7-10 занятий). Критерии исключения: наличие выраженных двигательных, когнитивных, сенсорных нарушений, ограничивающих взаимодействие с системой ВР. Мужчин было 8 (53,3 %), женщин – 7 (46,7 %). Средний возраст $59,5 \pm 9,67$ лет. В анамнезе ишемический тип ОНМК перенесли 9 (60 %) человек, геморрагический – 5 (33,3 %), смешанный – 1 (6,7 %). Давность ОНМК в среднем составила $1,3 \pm 0,75$ лет. Ранний восстановительный период был у 3 (20 %) пациентов, поздний восстановительный – у 4 (26,7 %), резидуальный – у 8 (53,3 %).

В начале и в конце курса реабилитации оценивали функцию верхней конечности при помощи Модифицированного теста Френ-

чай (MFT – Modified Frenchay Test), степень ограничения независимости в повседневной жизни – при помощи разработанного специалистами ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России теста социально-бытовой адаптации (СБА-тест). Всего СБА-тест позволяет оценить выполнение 37 навыков. Минимальная возможная сумма баллов – 37 – означает полную независимость пациента в быту, максимальная – 148 – абсолютную зависимость от посторонней помощи.

Для выявления различий между значениями исследуемых показателей в начале и конце курса реабилитации использовали непараметрический критерий Вилкоксона.

Результаты. При поступлении на реабилитацию оценка функции верхней паретичной конечности в MFT у участников исследования варьировала от 3 до 69 баллов и у половины из них не превышала 38 баллов (при максимально возможной сумме 100 баллов); отмечалась зависимость пациентов от посторонней помощи, особенно при выполнении навыков личной гигиены, приготовления пищи, уборки помещения.

К концу курса реабилитации наблюдалось улучшение функции верхней конечности у всех инвалидов: минимальная сумма баллов составила 10,5, максимальная – 75,5, в среднем увеличение произошло на 6,5 баллов ($p < 0,001$). Одновременно уменьшился уровень зависимости от посторонней помощи в повседневной деятельности, на что указывало уменьшение суммы баллов в СБА-тесте: 25, 50, 75 %-е квартили в начале курса реабилитации составили соответственно 89, 96, 118 баллов, в конце – 75, 83, 95 баллов ($p < 0,001$). Пациенты научились самостоятельно, с частичной помощью или с помощью вспомогательных средств выполнять сложные для них навыки.

Заключение. Исследование показало, что включение тренинга с использованием технологии ВР в курс реабилитации инвалидов с последствиями ОНМК в любом периоде положительно влияет на функции верхней конечности, улучшая комплексные двигательные навыки, необходимые в повседневной жизни, и способствуя повышению уровня социально-бытовой адаптации.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА

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

Аннотация. Теоретически и клинически обоснован индивидуальный подход к коррекции нарушений психосоциальной адаптации инвалидов с травматической болезнью спинного мозга.

Ключевые слова: травматическая болезнь спинного мозга, психосоциальная адаптация, реабилитация.

Khokhlova O.I., Vasilchenko E.M., Iakimova M.V., Pavlenko L.V., Podolskaia K.V.

INDIVIDUAL APPROACH TO THE CORRECTION OF PSYCHOSOCIAL ADAPTATION DISORDERS OF DISABLED PERSONS WITH TRAUMATIC SPINAL CORD INJURY

*Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation
and Rehabilitation of Disabled Persons, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Novokuznetsk, Russia*

Abstract. This article theoretically and clinically justifies an individual approach to the correction of disorders of psychosocial adaptation of disabled persons with spinal cord traumatic disease.

Keywords: spinal cord traumatic disease, psychosocial adaptation, rehabilitation.

Введение. Физические и психосоциальные нарушения, сопровождающие травматическую болезнь спинного мозга (ТБСМ), характеризуются взаимоотягощающим действием, обусловливая необходимость мультидисциплинарного комплексного подхода для их коррекции с учетом индивидуальных потребностей и особенностей. Вместе с тем до настоящего времени проблема нарушений психосоциальной адаптации инвалидов с ТБСМ не теряет своей актуальности, что определяет интерес к поиску путей ее решения.

Цель исследования: обоснование технологии индивидуального подхода к коррекции нарушений психосоциальной адаптации инвалидов с ТБСМ в условиях стационара.

Материал и методы. Проведен обзор публикаций по исследуемой проблеме (основные ресурсы – PubMed, e-library), проанализированы

результаты психодиагностического обследования 80 пациентов с ТБСМ с давностью посттравматического периода не более 3 лет.

Эффективность комплексного подхода к коррекции нарушений психосоциальной адаптации оценили у 15 пациентов с ТБСМ. Из них мужчин – 9 (60 %), женщин – 6 (40 %). Средний возраст – $32,2 \pm 13,69$ лет. У 9 (60 %) пациентов отмечалась параплегия, у 6 (40 %) – тетраплегия. Степень неврологического дефицита по шкале ASIA (American Spinal Injury Association – Американская ассоциация повреждений позвоночника): тип «A» отмечался у 16,9 % пациентов, «B» – у 28,2 %, «C» – у 21,1 %, «D» – у 33,8 %. Основные используемые методики: тест нервно-психической адаптации И.Н. Гурвича, измерители функциональной независимости FIM и SCIM-III.

Результаты. Установлена высокая частота встречаемости нервно-психической дезадаптации у инвалидов с ТБСМ (в 64,5 % случаев), отрицательно коррелирующей с уровнем реабилитационного потенциала личности и показателями функциональной независимости, но не зависящей от уровня повреждения спинного мозга и степени неврологического дефицита.

Исходя из данных литературы и собственного опыта работы сформулированы основные принципы реабилитации инвалида с ТБСМ, позволяющие оптимизировать процесс психосоциальной адаптации: индивидуальный подход с учетом внутренних резервов организма; междисциплинарный комплексный подход для сбалансированного удовлетворения медицинских, социальных и психологических потребностей; коррекция программы реабилитации в зависимости от потребностей и состояния пациента; обоснованное применение различных методов реабилитации.

Этапы реабилитации инвалида: 1) диагностический, включающий оценку состояния здоровья инвалида и его потребности в мероприятиях по медицинской, социальной и психологической реабилитации; 2) разработка индивидуального маршрута реабилитации с учетом реабилитационного прогноза и уровня психосоциальной адаптации; 3) проведение реабилитационных мероприятий (медикаментозная терапия согласно стандарту оказания медицинской помощи, по показаниям – восстановительное лечение, лечебная физкультура, мероприятия по социально-бытовой и социально-средовой адаптации, психологической реабилитации); 4) оценка эффективности курса реабилитации (повторное тестирование).

Приоритетными в коррекции нарушений психосоциальной адаптации являлись мероприятия психологической реабилитации (психопрофилактика, психокоррекция, психотерапия, психологическое консультирование).

Основные задачи психологической реабилитации: уменьшение симптомов психоэмоциональных расстройств; формирование адекват-

ных поведенческих стереотипов; актуализация психологических ресурсов; коррекция механизмов психологической защиты; овладение навыками психологической самопомощи.

Нуждаемость инвалидов в психокоррекционных мероприятиях определяли с помощью теста нервно-психической адаптации И.Н. Гурвича. При сумме баллов менее 10 программа реабилитации ограничивалась психопрофилактической работой, в рамках которой проводились индивидуальное психологическое консультирование и информационно-просветительская работа. Сумма баллов более 30 являлась основанием для дополнительного обследования на предмет выявления психиатрической патологии с последующим консультированием и, при необходимости, лечением у психотерапевта. Во всех остальных случаях, а также в случае исключения психиатрического заболевания, помимо психологического консультирования и информационно-просветительской работы проводились психокоррекционные мероприятия. Основные используемые методы: рациональная психотерапия, когнитивно-поведенческая терапия, личностно-ориентированная терапия, тренировка способов саморегуляции (диафрагмально-релаксационное дыхание, тренинг биоэлектрической активности головного мозга) с использованием технологии биологической обратной связи (от 2 до 10 занятий в различном сочетании).

По окончании курса реабилитации установлено улучшение психоэмоционального состояния участников исследования, что проявлялось в уменьшении уровня нервно-психической дезадаптации по И.Н. Гурвичу с 25,0 (19,0-40,0) до 18,0 (8,0-28,0) баллов ($p = 0,003$) и сопровождалось повышением уровня функциональной независимости.

Заключение. Индивидуальный подход к реабилитации инвалидов с ТБСМ при непосредственном участии медицинского психолога является теоретически обоснованной и клинически подтвержденной эффективной стратегией профилактики и коррекции нарушений психосоциальной адаптации данного контингента.



ВЛИЯНИЕ КРАНИОСАКРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА СПАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России¹,
ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России²,
г. Новокузнецк, Россия*

Аннотация. Цель: определить влияние краниосакральной терапии на степень повышения тонуса в конечностях при нарушении мозгового кровообращения по ишемическому типу. Наблюдали 100 пациентов в остром и раннем восстановительном периоде ишемического инсульта. 86 человек (основная группа) получали только стандартное лечение, 14 (контрольная группа) – дополнительно получали краниосакральную терапию. При поступлении различий между группами не было. После курса лечения выраженность спастического синдрома в контрольной группе была ниже, чем в основной, самостоятельность и мобильность – выше. Различия между группами статистически значимы.

Ключевые слова: краниосакральная терапия, ишемический инсульт, спастический синдром.

Sharapova I.N.¹, Konovalova N.G.^{1,2}, Polukarova E.A.¹

EFFECT OF CRANIOSACRAL THERAPY ON SPASTIC SYNDROME IN ISCHEMIC CEREBROVASCULAR ACCIDENT

*Novokuznetsk State Extension Course Institute for Medical Practitioners –
Affiliated Branch of the Russian Medical Academy of Continuing Vocational Education¹,
Novokuznetsk Scientific and Practical Center for Medical and Social Evaluation
and Rehabilitation of Disabled Persons, Ministry of Labour of Russia²,
Nokuznetsk, Russia*

Abstract. Purpose: to determine the effect of craniosacral therapy on the degree of tonus increase in the limbs in case of ischemic cerebral circulation disorder. We observed 100 patients in the acute and early recovery period of ischemic stroke. 86 patients (main group) received only standard treatment; 14 patients (control group) received craniosacral therapy in addition. On admission there were no differences between these two groups. After the course of treatment, the severity of spastic syndrome in the control group was lower than in the main group, independence and mobility were higher. Differences between groups are statistically significant.

Keywords: craniosacral therapy, ischemic stroke, spastic syndrome.

Введение. Наиболее часто встречаемым симптомом при ишемическом инсульте является нарушение тонуса мышц. По данным Регистра инсульта НИИ неврологии РАМН, к концу острого периода инсульта гемипарезы наблюдаются у 81,2 % выживших больных, в том числе гемиплегия – у 11,2 %, грубый и выраженный гемипарез – у 11,1 %, легкий и умеренный гемипарез – у 58,9 % па-

циентов. При этом в острый период чаще всего встречается снижение тонуса с дальнейшим его повышением до развития контрактуры в конечностях.

Комплекс лечебных мероприятий по устранению спастичности включает применение физических методов реабилитации, особенно в ранние сроки от начала инсульта. Все чаще в литературе встречаются ссылки на приме-

нение мягкотканной мануальной терапии при сосудистых и когнитивных нарушениях, которая корректирует состояние пациента, не вызывая грубого дисбаланса гемодинамики. Существуют специальные мягкотканые техники мануальной терапии, направленные на улучшение внутричерепного артериального и венозного кровообращения, стимуляцию ликвородинамики и нормализацию баланса напряжения мембран головного мозга.

Цель работы: определить влияние краиносакральной терапии на степень повышения тонуса в конечностях при нарушении мозгового кровообращения по ишемическому типу.

Материал и методы. Работа выполнена на базе первичного сосудистого отделения (ПСО) ГБУЗ КО "НГКБ № 29" г. Новокузнецка. Наблюдали 100 пациентов, поступивших в отделение в остром периоде ишемического инсульта с гемипарезом различной степени выраженности в течение 2019-2020 гг., которым была проведена диагностика краиносакральных нарушений. Пациентов рандомно разделили на 2 группы: основную – 86 человек, которым проводилась только диагностика краиносакральных нарушений, и контрольную – 14 человек, которые дополнительно получали краиносакральную терапию на 3 и 7 день лечения. Средний возраст – 54,9 лет.

Обследование включало: сбор жалоб, оценку общего состояния, неврологического статуса. Краиносакральная диагностика включала: визуальный осмотр и пальпацию костей таза (положение крестца, ротация таза, состояние крестцово-подвздошного сочленения, крестцово-дыхательные синкинезии), пальпаторную оценку эластичности швов черепа, расположение и движение костей черепа, состояния в атланто-окципитального (C0-C1) и атланто-аксиального (C1-C2) сочленения. Все обследования, кроме осмотра осанки, проводились лежа, чтобы исключить падение пациента. Для оценки спастичности как неврологического нарушения у пациентов с инсультом мы использовали модифицированную шкалу Эшвортса (Modified Ashworth Scale).

Результаты обработаны статистически с использованием пакета прикладных программ Statistica. Значимость различий при разных вариантах стояния группы оценивали по критерию Вилкоксона, о значимости различий между группами судили по критерию Манна-Уитни. Различия считали статистически зна-

чими при $p < 0,05$.

Результаты. При поступлении группы не различались между собой: степень гемипареза в основной группе была 2,9, в контрольной – 2,1. По шкале Эшвортса при поступлении тонус в конечностях у пациентов контрольной группы был 3,1, в основной группе – 2,9. При оценке краиносакральных нарушений в обеих группах определялись как нарушения со стороны костей таза, так и краинальные изменения.

На момент выписки степень гемипареза в основной группе была 1,9, в то время как в контрольной – 0,9. Тонус мышц парализованных конечностей в основной группе – 3,2, а в контрольной – 1,4. Эти различия между группами статистически значимы. При выписке 100 % пациентов контрольной группы передвигались самостоятельно и обслуживали себя самостоятельно. В основной группе самостоятельно передвигаться без дополнительной опоры могли 26 %; 13 % были вынуждены опираться о трость, 29 % для перемещения нуждались в ходунках, а 10 % могли передвигаться с помощью кресла-коляски. Остальные 22 % самостоятельно не передвигались. Различия между группами также статистически значимы.

Обсуждение. Для острого периода ишемического инсульта наряду со снижением силы и ограничением объема движений конечностей характерно изменение мышечного тонуса: в первые дни у подавляющего большинства больных наблюдалась гипотония, в дальнейшем – нарастание спастического повышения мышечного тонуса. В настоящее время постинсультный спастический синдром рассматривается как комбинированное поражение пирамидных и экстрапирамидных структур головного мозга и сопровождается ослаблением тормозных влияний преимущественно на α-мотонейроны. Повышение тонуса в паретичных конечностях обычно начинается на 1-3 неделе после перенесенного инсульта и нарастает в течение нескольких недель и месяцев. На сегодняшний день известно, что основой патогенеза спастичности является нарушение центральной регуляции мышечного тонуса, осуществляющей сложным комплексом угнетающих и активизирующих влияний, исходящих из разных уровней головного мозга. Таким образом, влияя на нарушения биодинамики костей черепа и таза, мы изменяем свойства мотонейронов и вызываем изменения в реф-

лекторной цепи, затрагивающие возбудимость мотонейронов, что в свою очередь приводит к ограничению развития гипертонуса конечностей

Выводы.

1. Включение методов краниосакральной терапии в программу реабилитации пациентов с ишемическим инсультом способствует уменьшению формирования спастического синдрома.

2. Применение мягкотканной мануальной терапии способствует уменьшению выраженности двигательных нарушений и повышению мобильности пациентов.



УДК 616.8-085.82

Шарапова И.Н.¹, Коновалова Н.Г.^{1,2}, Полукарова Е.А.¹

КРАНИОСАКРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ОСТРЫЙ И РАННИЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОДЫ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России¹,
ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России²,
г. Новокузнецк, Россия*

Аннотация. Цель: определить возможность применения методики краниосакральной терапии при ишемическом инсульте в острый и ранний восстановительный периоды. Наблюдали 100 пациентов в остром и раннем восстановительном периоде ишемического инсульта. 86 человек (основная группа) получали только стандартное лечение, 14 (контрольная группа) дополнительно получали краниосакральную терапию. При поступлении различий между группами не было. После курса лечения степень гемипареза в контрольной группе была ниже, чем в основной, мобильность – значительно выше. Краниосакральная терапия – важное дополнение к комплексу методов лечения ишемического инсульта в острый и ранний восстановительный периоды.

Ключевые слова: ишемический инсульт, краниосакральная терапия, гемипарез.

Sharapova I.N.¹, Konovalova N.G.^{1,2}, Polukarova E.A.¹

CRANIOSACRAL THERAPY IN THE ACUTE AND EARLY RECOVERLY PERIODS OF ISCHEMIC STROKE

*Novokuznetsk State Extension Course Institute for Medical Practitioners –
Affiliated Branch of the Russian Medical Academy of Continuing Vocational Education¹,
Novokuznetsk Scientific and Practical Center for Medical and Social Evaluation
and Rehabilitation of Disabled Persons, Ministry of Labour of Russia²,
Nokuznetsk, Russia*

Abstract. Purpose: to determine the possibility of using the technique of craniosacral therapy in ischemic stroke in the acute and early recovery periods. We observed 100 patients in the acute and early recovery period of ischemic stroke. 86 patients (main group) received only standard treatment; 14 patients (control group) received

craniosacral therapy in addition. There were no differences between groups on admission. After the course of treatment, the degree of hemiparesis in the control group was lower than in the main group, mobility was significantly higher. Craniosacral therapy is an important addition to the complex of methods for the treatment of ischemic stroke in the acute and early recovery period.

Keywords: ischemic stroke, craniosacral therapy, hemiparesis.

Введение. Сосудистые заболевания головного мозга – одна из основных проблем современного общества, которая наносит огромный социальный и экономический ущерб обществу. Высокий уровень постоянной инвалидизации в большинстве случаев обусловлен нарушением моторных функций. Применение физических методов реабилитации, особенно в ранние сроки от начала инсульта очень ограничено в связи с противопоказаниями. Все чаще в литературе встречаются ссылки на применение мягкотканной мануальной терапии при сосудистых и когнитивных нарушениях, которая корректирует состояние пациента, не вызывая грубого дисбаланса гемодинамики. Существуют специальные мягкотканые техники мануальной терапии, направленные на улучшение внутричерепного артериального и венозного кровообращения, стимуляцию ликвородинамики и нормализацию баланса напряжения мембран головного мозга.

Материал и методы. Работа выполнена на базе первичного сосудистого отделения (ПСО) ГБУЗ КО «НГКБ № 29» г. Новокузнецка. Наблюдали 100 пациентов, поступивших в отделение в остром и раннем восстановительном периоде ишемического инсульта с гемипарезом различной степени выраженности в течение 2019-2020 гг., которым была проведена диагностика краниосакральных нарушений. Пациентов рандомно разделили на 2 группы: основную – 86 человек, которым проводилась только диагностика кранио-сакральных нарушений и контрольную – 14 человек, которые дополнительно получали краниосакральную терапию на 3 и 7 день лечения. Средний возраст – 54,9 лет.

Обследование включало: сбор жалоб, оценку общего состояния, неврологического статуса. Краниосакральная диагностика включала: визуальный осмотр и пальпацию костей таза (положение крестца, ротация таза, состояние крестцово-подвздошного сочленения, крестцово-дыхательные синкинезии), пальпатор-

ную оценку эластичности швов черепа, расположение и движение костей черепа, состояния в атланто-окципитального (C_0-C_1) и атланто-аксиального (C_1-C_2) сочленения. Все обследования кроме осмотра осанки проводились лежа, чтобы исключить падение пациента.

Результаты обработаны статистически с использованием пакета прикладных программ Statistica. Значимость различий показателей в начале и в конце курса реабилитации группы оценивали по критерию Вилкоксона, о значимости различий между группами судили по критерию Манна-Уитни. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. При поступлении группы не различались между собой: степень гемипареза в основной группе была 2,9, в контрольной – 2,1. В обеих группах определялись как нарушения со стороны костей таза, так и краниальные изменения. В контрольной группе диагностировалась компрессия симфиза – 57 %, экстензия крестца 57 %, флексия – 43 %, передняя ротация подвздошной кости – 29 %, верхнее смещение подвздошной кости – 50 %, нижнее смещение – 21 %, компрессия сфено-базилярное сочленение (СБС) – 100 %, компрессия C_0-C_1 – 71 %, нарушение подвижности краниальных швов: сагittalный – 43 %, лямбдовидный – 21 %, теменно-основной – 50 %, височно-теменной – 71 %. Венечный, лобно-скullовой, затылочно-сосцевидный швы затронуты не были. В основной группе также наблюдалась компрессия симфиза – 54 %, экстензия крестца – 54 %, флексия – 30 %, ротация подвздошных костей – 100 %, компрессия СБС – 100 %, C_0-C_1 – 80 %, нарушения подвижности краниальных швов – 100 %.

При выписке 100 % пациентов контрольной группы передвигались самостоятельно и обслуживали себя самостоятельно. В основной группе самостоятельно передвигаться без дополнительной опоры могли 26 %, 13 % были вынуждены опираться о трость, 29 % для перемещения нуждались в ходунках, а 10 % могли передвигаться с помощью кресла-коляски.



Остальные 22 % самостоятельно не передвигались. Различия между группами статистически значимы. Степень гемипареза в основной группе – 0,9, в то время как в контрольной – 1,9. Эти различия также статистически значимы.

Заключение.

1. Для повышения эффективности лечения

пациентов с ишемическим инсультом и центральным гемипарезом оправдано применение краиносакральной терапии в остром и раннем восстановительном периодах.

2. Мягкотканная мануальная терапия способствует уменьшению выраженности двигательных нарушений, повышению мобильности пациентов.



УДК 159.99:681.5:616:832-001-036.865

Якимова М.В.

КОРРЕКЦИЯ ПОСТСТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДИК НЕЙРОБИОУПРАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА

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

Аннотация. Показано, что использование методик произвольной и непроизвольной саморегуляции у пациентов с травматической болезнью спинного мозга с симптомами посттравматического стрессового расстройства оказывает положительное влияние на психоэмоциональное состояние больных.

Ключевые слова: травматическая болезнь спинного мозга, нарушение психосоциальной адаптации, психологическая реабилитация, саморегуляция, нейробиоуправление.

Yakimova M.V.

CORRECTION OF POST-STRESS DISORDERS USING OF NEUROFEEDBACK TECHNIQUES IN PATIENTS WITH TRAUMATIC SPINAL CORD UNJURY

*Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation
and Rehabilitation of Disabled Persons, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Novokuznetsk, Russia*

Abstract. It is shown that the use of techniques of voluntary and involuntary self-regulation in patients with traumatic spinal cord injury with symptoms of posttraumatic stress disorder has a positive effect on the psychoemotional state of patients.

Keywords: traumatic spinal cord injury, psychosocial adaptation disorder, psychological rehabilitation, self-regulation, neurofeedback.

Введение. В ряду кризисных ситуаций травматическая болезнь спинного мозга (ТБСМ) занимает особое место. Заболевание инициируется экстремальным несущим угрозу для жизни событием. Восстановительный процесс занимает годы и сопровождается частыми госпитализациями, а последствия болезни сохраняются на всю жизнь. Возникшее в результате травмы заболевание с высокой вероятностью может стать причиной развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Посттравматическое расстройство является одним из самых сложных нарушений группы (F43) острых реакций на стресс. Важно упомянуть, что симптоматика посттравматического стресса может проявиться и спустя годы после пережитого тяжёлого стресса, который никуда не исчезает, для этого необходима интервенция, поскольку отрицание расстройства способно значительно ухудшать течение реабилитационного процесса. Психотерапевтические методики, в своем большинстве, предполагают активность со стороны пациентов, но в силу отрицания расстройства не всегда могут быть применены. В связи с чем возникает необходимость применения методов, не связанных с психотерапевтическими воздействиями и основанных на мобилизации естественных резервов организма. Необходимы такие методики произвольной и непроизвольной саморегуляции, которые, являясь естественными раздражителями для организма, обладали бы широким спектром воздействия на обмен веществ, регуляторные системы, механизмы адаптации и компенсации. Одними из таких методов являются метод биологической обратной связи (БОС) и метод биоакустической коррекции (БАК) функционального состояния центральной нервной системы.

Цель исследования: выявить перспективы психологической реабилитации пациентов с ТБСМ с симптомами ПТСР с применением методик произвольной (БОС) и непроизвольной (БАК) саморегуляции.

Материал и методы. Всего обследовано 23 пациента с ТБСМ, проходивших реабилитацию в ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации» Минтруда России в отделении нейрохирургии. Возраст больных составил 36,7 (95 % ДИ: 34,4-39) лет. Из них женщин – 7, мужчин – 16. По давности травмы: 4 пациента – ранний восстановительный период

ТБСМ; 8 пациентов – промежуточный период ТБСМ и 15 пациентов – поздний период ТБСМ.

На всех этапах психологической реабилитации программа обследования больных включала общеклинические, психофизиологические и психологические методы исследования. Общеклинические методы включали в себя изучение жалоб больных и их взаимосвязь с психоэмоциональным или физическим напряжением.

Для выявления симптомов ПТСР использовали психологические методы: Тест для выявления уровня нервно-психической адаптации путем установления наличия и выраженности у индивида некоторых психиатрических симптомов И.Н. Гурвича.

Изменения психофизиологического и эмоционального состояния пациента оценивали с помощью теста «Цветопредпочтение» на аппаратном комплексе с биологически обратной связью «Нейрокурс», где результатами теста являются вегетативный коэффициент (ВК) и его суммарное отклонение от аутогенной нормы (СО).

Также при использовании аппаратного комплекса (БОС) получены следующие физиологические показатели: артериальное давление, частота сердечных сокращений, частота дыхательных движений.

На основании вышеперечисленных показателей были рассчитаны следующие индексы, являющиеся критериями адаптационного потенциала: вегетативный индекс Кердо и индекс Хильдебрандта.

Программа реабилитации больных с ТБСМ с симптомами ПТСР включала в себя биоакустическую коррекцию с помощью аппарата «Синхро-С» (длительность процедуры 30 мин, ежедневно, курс лечения 5-7 процедур) и занятия на аппаратно-программном комплексе «Нейрокурс» предназначенного для выработки навыков саморегуляции на основе метода функционального биоуправления с обратной связью (длительность процедуры 60 мин., ежедневно, курс лечения 5-7 процедур).

Результаты и обсуждения. При первичном психофизиологическом обследовании практически у всех пациентов были выявлены симптомы ПТСР, повышенная утомляемость, раздражительность, тревожность, психоэмоциональная лабильность и дискомфорт, плохой сон и ряд соматических жалоб, разной



степени выраженности. По степени выраженности симптомов у 8 пациентов преобладал астенический тип; у 10 – дисфорический тип и у 5 – соматоформатный тип. На фоне снижения функционального состояния центральной нервной системы у всех больных, не зависимо от типа, были отмечены высокие значения СО, средний балл 15-16. Вегетативная регуляция у обследованных больных была, в основном, обусловлена симпатическим доминированием. Так, подтверждением этого являлись высокие значения индекса Кердо ($>1,0$). Средние арифметические показатели коэффициента Хильдебранта превышали нормативные данные ($>5,0$), что свидетельствовало о снижении толерантности к нагрузке и снижении адаптационных механизмов.

В результате проведенного курса реабилитации с применением методик нейробиоуправления, в частности БОС (метода произвольной саморегуляции) и БАК (метода непроизвольной саморегуляции), отмечалась положительная динамика психоэмоционального состояния пациентов в виде уменьшения симптомов

ПТСР, эмоциональной напряженности и утомляемости, уменьшении фиксированности на своем состоянии, нормализации сна. Это подтверждалось снижением СО, в среднем до 13-14 баллов. На фоне улучшения психоэмоционального состояния произошло существенное улучшение вегетативной регуляции преимущественно за счет снижения симпатического и повышения парасимпатического тонусов, что подтверждалось уменьшением индексов Кердо (в среднем, с 1,6 у.е до -3,2 у.е.) и Хильдебранта (с 7,6 до 4,2).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности и целесообразности использования методик произвольной (БОС) и непроизвольной (БАК) саморегуляции у пациентов с ТБСМ с симптомами ПТСР, так как они способствуют повышению толерантности к нагрузке и оказывают положительное влияние на состояние адаптации больных за счет улучшения психоэмоциональной сферы и оптимизации вегетативной регуляции.





ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА С СОПУТСТВУЮЩИМИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА (HIP-SPINE СИНДРОМ)

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
г. Самара, Россия*

Аннотация. Количество эндопротезирований тазобедренного сустава значительное в России. Имеет место сочетание с другими дегенеративно-дистрофическими заболеваниями с переходом в Hip-spine синдром. Необходимо учитывать коморбидность патологии. Нами предложен патогенетически обоснованный комплексный подход к медицинской реабилитации таких пациентов.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, эндопротез тазобедренного сустава, осложнения, дегенеративно-дистрофические заболевания, патогенез, инвалидизация, качество жизни.

Yashkov A.V., Borinsky S.Yu.

PECULIARITIES OF REHABILITATION OF PATIENTS AFTER ARTHROPLASTY OF THE HIP JOINT WITH CONCOMITANT DEGENERATIVE-DYSTROPHIC DISEASES OF THE SPINE (HIP-SPINE SYNDROME)

*Samara State Medical University,
Ministry of Healthcare of the Russian Federation,
Samara, Russia*

Abstract. The number of hip arthroplasty is significant in Russia. There is a combination with other degenerative-dystrophic diseases with the transition to Hip-spine syndrome. It is necessary to take into account the comorbidity of pathology. We have proposed a pathogenetically substantiated comprehensive approach to the medical rehabilitation of such patients.

Keywords: medical rehabilitation, hip replacement, complications, degenerative-dystrophic diseases, pathogenesis, disability, quality of life.

Введение. Ежегодно в мире выполняется до 1,5 млн операций по тотальному эндопротезированию тазобедренных суставов (ТЭПС). В Российской Федерации ежегодно проводится более 70 тыс. операций. В Самарской области в течение года проводится более 1500 эндопротезирований.

Отдаленные положительные результаты после эндопротезирования отмечаются лишь у 76-89 % оперированных больных.

Сочетаемость патологии позвоночника и

тазобедренных суставов (ТБС) составляет от 21,9 до 95 %. После тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (ТЭПС) боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника сохраняются у 15,1 % из них, у 14,9 % возникают новые болевые ощущения. Социальная значимость патологии выражается в снижении выполнения требований повседневной жизни на 36 %, в профессиональной деятельности на 67 %, социальных функций на 25 %. Эти нарушения обусловливают высокую инвалидность

больных: 5,6 % в структуре инвалидности РФ. Из общего числа пациентов, направляемых на медико-социальную экспертизу, инвалидность получают до 68 %.

Осложнения у пациентов после ТЭПТС при поступлении в отделение: контрактура протезированного сустава – у 38 %, изменение длины оперированной конечности, нарушение биомеханики – у 81 %, послеоперационные тractionные невриты – у 26 %, обострения дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательной системы – у 42 %.

Нарушения статики и локомоции ведут к развитию синдромокомплексов остеохондроза, чаще поясничного отдела позвоночника. Болевой синдром приводит к перераспределению нагрузки и тонуса мышц, с выраженным нарушениями микроциркуляции, трофическим, миодистрофическим и функциональным нарушениям, приводящим к усилению статики и локомоции и образованию порочного круга, возникновению Hip-spine синдрома.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 348 пациентов, которым в условиях клиник СамГМУ в период с 2015 по 2021 годы было проведено эндопротезирование ТБС в связи с дегенеративно-дистрофическими изменениями. Критерии для включения в исследование были: тотальное эндопротезирование одного тазобедренного сустава, наличие дегенеративно-дистрофических изменений пояснично-крестцового отдела. Возраст пациентов от 21 до 69 лет, женщин – 84 (53 %), мужчин – 164 (47 %). В группе сравнения (179 пациентов) проводился комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий на основе рекомендованных стандартных методик. В основной группе (169 пациентов) к стандартному комплексу дополнительно назначали гравитационную терапию, гипербарическую оксигенацию, тractionную терапию и волновой массаж.

Результаты. Мультидисциплинарная бригада проводила оценку (диагностику) клинического состояния пациента, факторов риска проведения реабилитационных мероприятий, с формированием цели. По завершению курса осуществлялась оценка эффективности и давался прогноз.

Относительные риски болей в спине (relative risk) были значительно выше, до 5,2, у пациентов с разницей более 1,5 см. Иррадиация болей вдоль седалищного нерва в зависимости от разницы длины конечностей была в 72 % случаев в более длинной.

Оценка результатов показала значительно лучшие показатели в основной группе: динамика мышечно-тонических синдромов Лассега на 10 % и Нери на 6 %, тест пройденной дистанции больше на 0,65 метра, шкалы Харриса на 15 единиц, Лечена на 9 единиц, социально ориентированный опросник EQ-5D на 9 единиц. В основной группе все показатели были значительно лучше, что указывает на улучшение адаптации к социально-бытовым условиям. 91 % пациентов, прошедших лечение в отделении, переводятся на 3 этап шкалы реабилитационной маршрутизации (ШРМ).

Выводы. При проведении реабилитационных мероприятий необходимо учитывать неврологическую симптоматику (Hip-spine синдром).

Включение в реабилитационный комплекс гравитационной терапии, волновой биомеханотерапии, тractionной терапии, гипербарической оксигенации улучшает клинико-функциональные показатели у пациентов после ТЭПС.

Предложенный нами патогенетически обоснованный комплекс медицинской реабилитации позволяет предупредить у пациентов группы риска инвалидизацию после оперативного вмешательства, восстанавливая и сохраняя качество жизни.



ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ



АНАЛИЗ НАЗНАЧЕНИЯ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДАМ АЛТАЙСКОГО КРАЯ ЗА 2019-2021 ГОДЫ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Алтайскому краю» Минтруда России,
г. Барнаул, Россия*

Аннотация. Проведен анализ назначения технических средств реабилитации (TCP) гражданам с инвалидностью в Алтайском крае в период 2019-2021 гг. с учетом нозологической структуры заболеваний, ставших причиной инвалидности. Проанализировано назначение TCP с целью компенсации установленных ограничений жизнедеятельности.

Ключевые слова: инвалиды, медико-социальная экспертиза, ограничение жизнедеятельности, технические средства реабилитации.

Balabanova N.Yu., Dekterenko S.S., Vyazankin A.I.

ANALYSIS APPOINTMENT OF TECHNICAL AIDS OF REHABILITATION FOR THE DISABLED OF THE ALTAI TERRITORY IN 2019-2021

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of the Altai Territory, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Barnaul, Russia*

Abstract. The authors have analyzed the appointment of technical aids of rehabilitation (TAR) for citizens with disabilities in the Altai Territory for the period 2019-2021 taking into account the nosological structure of diseases that caused disability. The appointment of the TAR in order to compensate for established limitations of vital activity has been analyzed.

Keywords: disabled people, medical and social expertise, restrictions vital activity, technical aids of rehabilitation.

Введение. Ключевую роль для возможности реабилитации и интеграции в социум граждан с инвалидностью играет правильное формирование индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА) специалистами медико-социальной экспертизы. Все более актуальным в последнее время становится корректное формирование раздела назначения технических средств реабилитации.

Материал и методы. Анализ проведен на основании формы федерального государственного статистического наблюдения № 7-собес; базы данных в единой автоматизированной

вертикально-интегрированной информационно-аналитической системе по проведению медико-социальной экспертизы (ЕАВИИАС МСЭ). Период исследования 2019-2021 гг.

Результаты. Определение нуждаемости в технических средствах реабилитации гражданам с инвалидностью в Алтайском крае остается стабильным. Отмечается незначительное колебание доли таких рекомендаций: 41,8 % – в 2019 г.; 39,2 % – в 2021 г. На протяжении многих лет этот показатель в Алтайском крае выше, чем в Российской Федерации (36 % – в 2019 г., 36,2 % – в 2021 г.). В нозологической структуре инвалидности Алтайского края на

первых ранговых местах находятся злокачественные новообразования, болезни системы кровообращения, психические нарушения, болезни костно-мышечной системы, болезни уха и болезни нервной системы.

Наиболее часто (44,7 % – в 2019 г., 47,3 % – в 2021 г.) определялась нуждаемость в TCP для дополнительной опоры (тростями, костылями, ходунками, опорами и поручнями). При этом, в 37 % – в 2019 г. и в 25 % – в 2021 г., установлены нарушения статодинамики в диапазоне 40-100 %. Ограниченнная способность к самостоятельному передвижению 1-2 степени в этой группе составляла 73 % случаев в 2019 г. и 82 % – в 2021 г., что подтверждает необходимость TCP.

На втором ранговом месте сохранялись рекомендации по обеспечению протезами и ортезами (26,4 % – в 2019 г., 30,5 % – в 2021 г.), а среди этой группы TCP превалировали рекомендации по обеспечению экзопротезами молочной железы, чехлами, бюстгальтерами.

Рекомендации по обеспечению креслами-колясками с различными модификациями приводили на третьем ранговом месте (19 % – в 2019 г., 15,9 % – в 2021 г.). Отмечалось увеличение нуждаемости в креслах-колясках с электроприводом (0,14 % – в 2020 г. и 0,33 % – в 2021 г.), в связи с изменением действующего законодательства.

На четвертом месте – рекомендации по обеспечению абсорбирующими бельем (17,2 % – в 2019 г., 14,0 % – в 2021 г.). Отмечался рост рекомендаций по определению нуждаемости в специальной одежде (0,48 % – в 2019 г., 0,61 % – в 2020 г. и 2,7 % – в 2021 г.) и приспособле-

ниях для одевания, раздевания и захвата предметов (0,09 % – в 2019 г., 0,12 % – в 2020 г. и 0,45 % – в 2021 г.).

У граждан с нарушением слуха увеличились рекомендации по обеспечению TCP с 4,6 % – в 2019 г. до 7,7% – в 2021 г. При более детальном анализе этих показателей установлено, что рост рекомендаций отмечался в 2021 году за счет граждан, впервые признанных инвалидами по нарушению слуха, либо имевших инвалидность «бессрочно» и обратившихся для разработки ИПРА. Рекомендации слуховых аппаратов в Алтайском крае (6,8 % – в 2019 г. и 5,8 % – в 2021 г.) ниже, чем по России (8,7 % – за 2018 г.).

Рекомендации по TCP для коррекции слабовидения и устройств для чтения «говорящих книг» в Алтайском крае определены в 3,6 % – в 2019 г. и 3,8 % – в 2021 г. (в РФ, по данным 2018 г. – 4,5 %). Термометры и тонометры в крае рекомендованы в 1,6 % случаев – в 2019 г., 1,4 % – в 2021 г., что меньше Российского показателя от 2018 г. (2,0 %).

Назначение сложной ортопедической обуви в Алтайском крае снизилось с 8,77 % в 2019 г. до 7,71 % – в 2021 г., что связано, в том числе, с заочным проведением медико-социальной экспертизы в период пандемии.

Заключение. Сложившаяся нозологическая структура инвалидности и установленные ограничения жизнедеятельности определяют высокую нуждаемость в TCP в Алтайском крае. Использование ЕАВИИАС МСЭ позволяет проводить обоснованный текущий контроль назначения TCP.

ПОТРЕБНОСТЬ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ В 2019-2021 ГОДЫ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Алтайскому краю» Минтруда России,
г. Барнаул, Россия*

Аннотация. Проведен анализ назначения технических средств реабилитации (ТСР) детям с инвалидностью в Алтайском крае за период 2019-2021 гг. с учетом нозологической структуры заболеваний, ставших причиной инвалидности. Проанализировано назначение ТСР с целью компенсации установленных ограничений жизнедеятельности.

Ключевые слова: дети-инвалиды, медико-социальная экспертиза, ограничение жизнедеятельности, технические средства реабилитации.

Balabanova N.Yu., Dekterenko S.S., Vyazankin A.I.

THE NEED FOR DISABLED CHILDREN IN TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION IN THE ALTAI TERRITORY IN 2019-2021

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of the Altai Territory, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Barnaul, Russia*

Abstract. An analysis of the appointment of technical means of rehabilitation for children with disabilities in the Altai Territory for the period 2019-2021 was carried out, taking into account the nosological structure of the diseases that caused the disability. The purpose of the TSR in order to compensate for the established limitations of vital activity is analyzed.

Keywords: disabled children, medical and social expertise, life limitation, technical means of rehabilitation.

Введение. Правильная разработка раздела ТСР в индивидуальной программе реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА) детей-инвалидов вызывает сложности, учитывая нуждаемость в большом количестве назначаемых изделий.

Материал и методы. Анализ проведен на основании формы федерального государственного статистического наблюдения № 7-Д (собес); базы данных в единой автоматизированной вертикально-интегрированной информационно-аналитической системе по проведению медико-социальной экспертизы (ЕАВИИАС МСЭ). Период исследования 2019-2021 гг.

Результаты. Рекомендации по нуждаемости в ТСР составляли в 2019 г. – 33,5 %, в 2021 г.

– 32,7 %, и были выше аналогичного показателя по Российской Федерации (за 2018 г. – 26,5 %, за 2021 г. предварительно – 20,3 %.).

При анализе структуры назначаемых ТСР детям-инвалидам на первом месте остается, как и предыдущие годы, сложная ортопедическая обувь (62,3 % – в 2019 г., 60,9 % – в 2021 г.). По Российской Федерации за 2018 г. доля сложной ортопедической обуви составляла 56,2 %.

На втором месте – рекомендации по протезно-ортопедическим изделиям (по итогам 2019 г. – 49,6 %; в 2021 г. – 46,9 %) в основном за счет корсетов, аппаратов и туторов на нижние конечности.

На третьем месте – рекомендации по обеспечению дополнительными средствами опоры

(трости, опоры, ходунки, костыли, поручни): в 2019 г. – 41,8 %, в 2021 г. – 38,3 %; на четвертом месте по итогам 2021 г. – определение нуждаемости в абсорбирующем белье (в 2019 г. – 34,8 %; в 2021 г. – 34,3%).

Определение нуждаемости в креслах-колясках находится на пятом ранговом месте (в 2019 г. – 35,7%; в 2021 г. – 25,4%). Причем сохраняется тенденция к определению нуждаемости в прогулочных креслах-колясках (в 2020 г. – 30,5 %, в 2021 г. – 24,3 %) практически в два раза больше, чем в комнатных (в 2020 г. – 16,2 %, в 2021 г. – 14,5 %), что объясняется особенностями компенсации ограничения жизнедеятельности в самостоятельном передвижении у детей (в домашних условиях, на короткие расстояния более актуальны в использовании другие ТСР, в т.ч. средства опоры).

Определение нуждаемости в креслах-колясках с электроприводом стабилизировалось в 2019-2021 гг., при дополнительном анализе отмечена обращаемость за данным ТСР детей-инвалидов в подростковом возрасте 11-16 лет.

В связи с проводимой работой по актуализации реабилитационных мероприятий детям, проживающим в организациях социального обслуживания различной ведомственной принадлежности и получающих социальные услуги в стационарной форме, актуализированы ИПРА в 2019 г. – у 50 детей, в 2020 г. – у 16 детей, в 2021 г. – у 106 детей; у 6 детей внесены изменения в связи с новыми антропометрическими данными. Увеличение необходимости актуализации ИПРА в 2021 г. вызвано в том числе изменениями действующего законодательства (определение нуждаемости в абсорбирующем

белье в зависимости от возраста ребенка).

Как следует из приведенных данных, подавляющую часть среди всех рекомендованных ТСР в регионе для детей-инвалидов составляют изделия для абилитации паттерна самостоятельной ходьбы. При анализе структуры нарушенных функций у детей-инвалидов установлено, что статодинамические нарушения (в диапазоне 40-100 %) определены у 77,0 % в 2019 г. В 2020 г. доля детей со статодинамическими нарушениями, дающими основания для назначения ТСР, составляла 79 %, а в 2021 г. – 83,4 %. Это, в свою очередь, является основанием для назначения данной группы ТСР с целью компенсации имеющегося ограничения жизнедеятельности в способности к самостоятельному передвижению. Превалирующая часть ТСР включена в ИПРА детей-инвалидов с детским церебральным параличом (ДЦП), численность которых в регионе велика, что обусловлено высокой распространенностью этой патологии среди детского населения: общая заболеваемость ДЦП в Алтайском крае составила 612,25 на 100 тыс. детей (2018 г.), а в РФ – 397,4 (2017 г.).

Заключение. Определение нуждаемости в ТСР у детей-инвалидов Алтайского края выше, чем в Российской Федерации в силу высокой распространённости ДЦП. Подавляющая часть назначаемых ТСР детям-инвалидам направлена на компенсацию передвижения и абилитацию паттерна ходьбы. Наибольшая потребность отмечается в обеспечении различными видами опор, прогулочными креслами-колясками с ручным приводом, ортопедической обувью.

ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

*ГАПОУ НСО «Новосибирский медицинский колледж»,
АНО «Волейбольный клуб «Локомотив – Новосибирск»,
г. Новосибирск, Россия*

Аннотация. В статье рассмотрены современные технические средства реабилитации для детей, сформированы требования к созданию адаптивной среды для комплексного развития ребенка.

Ключевые слова: развитие, ортопедическая обувь, сенсорная чувствительность, нейронные связи, утяжеленные одеяла, утяжеленные шарфы.

Marchenko S.V., Klyueva I.V., Rodionov V.V.

TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION FOR CHILDREN WITH NEUROLOGICAL DISORDERS

*Novosibirsk Medical College,
Volleyball Club «Lokomotiv – Novosibirsk»,
Novosibirsk, Russia*

Abstract. The article considers modern technical means of rehabilitation for children. The requirements for the creation of an adaptive environment for the complex development of a child are formed.

Keywords: development, orthopedic shoes, sensory sensitivity, neural connections, special blankets, special scarves.

Введение. Ведущие места в структуре первичной детской инвалидности занимают врожденные аномалии развития, болезни нервной системы и психические расстройства. Среди заболеваний нервной системы главной причиной детской инвалидности является детский церебральный паралич (ДЦП), распространенность которого составляет 2-2,5 случая на 1000 детей. ДЦП – это поражение центральной нервной системы, недоразвитие головного мозга, которое проявляется двигательными нарушениями (параличами, подергиваниями, нарушением речи), нарушением равновесия, возможными интеллектуальными расстройствами, эпилепсией. Комплексное консервативное лечение, направленное на нормализацию работы мозга, восстановление обменных процессов в нервной ткани на ранних этапах при задержке развития первичных слуховых и зрительных ориентировочных реакций, а также при признаках

нарушения речевого развития, дает положительный эффект. Применяют различное лечение: массаж, гимнастику, фармацевтические препараты, санаторно-курортное лечение.

Материал и методы. Рассмотрены основные ТСР для лиц с неврологическими нарушениями, приведены рекомендации по их интеграции в домашнее пространство.

Результаты. Специальные приспособления требуются ребёнку с ДЦП во всех сферах его жизни. Условно все приспособления для детей с ДЦП можно разделить на три группы:

- мобильность (сиденья, ходунки, параподиум, вертикализаторы, инвалидные кресла-коляски);

- развитие (вертикализаторы, столы, стулья, тренажёры, велосипеды, аппараты, ортезы, лангеты, тутора, ортопедическая обувь, предметы сенсорной интеграции);

- гигиена (сиденья для ванны, кресла-туалеты).



Такие средства реабилитации как ортезы, тутора, лангеты применяются для коррекции положения суставов, конечностей и тела при различных формах ДЦП и для выработки правильных стереотипов движения, а предметы сенсорной интеграции – для развития проприоцептивной чувствительности, для стимуляции мозговых центров.

Видовой ассортимент обуви весьма ограничен. Рекомендуемыми конструкциями для детей с ДЦП являются ботинки и высокие сандалии. Высота обуви проектируется исходя из назначений врача и регламентируется стандартом ГОСТ Р 54407-2020 «Обувь ортопедическая. Общие технические условия». Форма носочной части зависит от формы носочной части обувной ортопедической колодки. Застежки обуви для данной группы детей – шнурки, лента «Велькро», пряжки. Форма каблука и вид подошвы определяется врачом в зависимости от типа заболевания. Вариативность фасона обуви может быть достигнута за счет цветовой палитры деталей верха обуви, применения аппликаций, перфорации, фурнитуры.

Предметы сенсорной интеграции необходимы для развития мозговых центров ребенка. К предметам сенсорной интеграции относятся сенсорные чулки, утяжеленные одеяла и пледы к ним, утяжеленные шарфы. Утяжеленные одеяла выпускаются трех размеров, в соответствии с ГОСТ 31307-2005 «Белье постель-

ное. Общие технические условия» для применения типового постельного белья массового производства. Самый маленький размер детского одеяла 110*140 см, подросткового одеяла 120*170 см, взрослого одеяла 140*200 см. Материал чехла – хлопок 100 %. Для утяжеления конструкции используются полимерные шарики, лузга гречихи, соль. Одеяла выпускаются двух видов – с кармашками под утяжелитель и с вшитым внутрь утяжелителем (внутрь вшивают только полимерные шарики). Одеяло может быть использовано как постельная принадлежность, так и для занятий лечебной физкультуры, для утяжеления во время лечебных процедур, для игровой деятельности ребенка.

Также широкий диапазон применения у утяжеленного шарфа, сенсорного чулка и пледа. Применение этих предметов сенсорной интеграции возможно всеми членами семьи, для улучшения крупной моторики, повышения проприоцептивной чувствительности, стимулирования образования нейронных связей из-за воздействия внешних факторов на участки головного мозга.

Заключение. Успех реабилитации зависит не только от степени поражения центральной нервной системы, но и от регулярности и интенсивности занятий. Постоянное пребывание ребенка в развивающей среде, интеграция средств реабилитации в окружающую среду является важным фактором адаптации ребенка к окружающему миру.





АНАЛИЗ НАЗНАЧЕНИЯ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДАМ ИЗ ЧИСЛА ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2019-2021 ГОДЫ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Томской области» Минтруда России,
г. Томск, Россия*

Аннотация. В публикации приведен детальный анализ рекомендованных технических средств реабилитации в индивидуальной программе реабилитации или абилитации инвалидам старше 18 лет, освидетельствованным в бюро медико-социальной экспертизы Томской области за период 2019-2021 гг.
Ключевые слова: индивидуальная программа реабилитации или абилитации, технические средства реабилитации.

Savintseva O.A., Oreshin A.A.

ANALYSIS OF THE ASSIGNMENT OF TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION TO DISABLED PEOPLE FROM AMONG THE ADULT POPULATION OF THE TOMSK REGION IN 2019-2021

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation of the Tomsk Region,
Ministry of Labour of the Russian Federation,
Tomsk, Russia*

Abstract. The publication provides a detailed analysis of the recommended technical means of rehabilitation in an individual rehabilitation or habilitation program for disabled persons over 18 years of age examined by the Bureau of Medical and Social Evaluation of the Tomsk region for the period 2019-2021.

Keywords: individual rehabilitation or habilitation program, technical means of rehabilitation.

Введение. Индивидуальная программа реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалида является единственным правовым инструментом реализации реабилитационных мероприятий, гарантированных государством. Значимую роль для социальной интеграции инвалидов играет формирование раздела рекомендуемых технических средств реабилитации (TCP), позволяющих с помощью устройств компенсировать ограничения жизнедеятельности.

На основании ст. 11.1 Федерального закона от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» специалисты учреждений медико-социальной экспертизы (МСЭ) определяют степень нарушения функций организма и принимают реше-

ние об обеспечении инвалидов TCP с учетом медицинских показаний и противопоказаний.

Цель. Анализ динамики рекомендаций в ИПРА инвалида TCP гражданам из числа взрослого населения Томской области, признанных инвалидами за 2019-2021 гг., в сравнении с показателями по Российской Федерации (РФ).

Материал и методы. Статистическая база данных граждан, проживающих в Томской области, прошедших освидетельствование в ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области» Минтруда России (далее – учреждение) в Единой автоматизированной вертикально-интегрированной информационно-аналитической системе по проведению медико-социальной экспертизы (ЕАВИИАС МСЭ), индивидуальные програм-

мы реабилитации или абилитации инвалидов за 2019-2021 гг.

Результаты. За анализируемый период отмечается увеличение общего количества разработанных ИПРА инвалидам старше 18 лет на 37,7 %: 2019 г. – 8874, 2020 г. – 10253, 2021 г. – 12218, связанное с увеличением общего количества освидетельствований за счет повторных заочных переосвидетельствований инвалидов с автоматическим продлением сроков инвалидности на 6 месяцев в рамках постановления Правительства Российской Федерации от 16.10.2020 г. № 1697 «О временном порядке признания лица инвалидом» (в ред. постановления Правительства РФ от 17.02.2022 г. № 183).

Доля всех рекомендованных ТСР в ИПРА инвалидов старше 18 лет превысила среднероссийские показатели на 12,2 % и в динамике увеличилась на 1,9 %: в 2019 г. – 48,9 % (4342 случая), в 2021 г. – 50,8 % (6211 случаев).

Выявлено превышение среднестатистических показателей нуждаемости взрослых инвалидов Томской области в сравнении с аналогичными показателями по РФ в 2019-2021 гг. по следующим видам ТСР:

- трости опорные рекомендовались: в 2019 г. – 890 шт. (20,7 %), в 2020 г. – 1184 шт. (24,8 %), в 2021 г. – 1603 шт. (28,1 %), что на 17,7 % превышает среднероссийский показатель;

- кресла-коляски с ручным приводом прогулочные: в 2019 г. – 734 шт. (17,1 %), в 2020 г. – 940 шт. (19,7 %), в 2021 г. – 1258 шт. (22,1 %), что на 17,4 % превышает среднероссийский показатель;

- кресла-коляски с ручным приводом комнатаные: в 2019 г. – 1113 шт. (25,9 %), в 2020 г. – 1130 шт. (23,7 %), в 2021 г. – 1331 шт. (23,3 %), что превысило показатели по РФ на 16,2 %;

- кресла-стулья с санитарным оснащением: в 2019 г. – 517 шт. (11,9 %), в 2020 г. – 637 шт. (13,3 %), в 2021 г. – 876 шт. (15,4 %), что на 11,0 % превышает среднероссийский показатель;

- обувь ортопедическая сложная: в 2019 г. – 343 шт. (8,0 %), в 2020 г. – 429 шт. (9,0 %), в 2021 г. – 642 шт. (11,3 %), что выше среднероссийского показателя на 8,6 %;

- подгузники: в 2019 г. – 850 шт. (20,5 %), в 2020 г. – 804 шт. (17,3 %), в 2021 г. – 923 шт. (16,2 %), что превысило показатели по РФ на 8,4 %;

- сигнализаторы звука световые и вибра-

ционные: в 2019 г. – 169 шт. (3,9 %), в 2020 г. – 283 шт. (5,9 %), в 2021 г. – 534 шт. (9,4 %), что превысило показатели по РФ на 7,7 %;

- слуховые аппараты (в т.ч. с ушными вкладышами индивидуального изготовления): в 2019 г. – 526 шт. (12,1 %), в 2020 г. – 487 шт. (10,2 %), в 2021 году – 582 шт. (10,2 %), что превысило показатели по РФ на 7,3 %;

- костыли: в 2019 г. – 356 шт. (8,2 %), в 2020 г. – 453 шт. (9,5 %), в 2021 г. – 547 шт. (9,6 %), что превысило показатели по РФ на 6,9 %;

- экзо-протезы молочных желез: в 2019 г. – 389 шт. (9,1 %), в 2020 г. – 540 шт. (11,3 %), в 2021 г. – 624 шт. (10,9 %), что превысило показатели по РФ на 6,5 %;

- корсеты, головодержатели, реклинаторы: в 2019 г. – 240 шт. (5,6 %), в 2020 г. – 295 шт. (6,2 %), в 2021 г. – 420 шт. (7,4 %), что превысило показатели по РФ на 6,1 %;

- телефонные устройства с текстовым выходом: в 2019 г. – 49 шт. (1,1 %), в 2020 г. – 25 шт. (0,5 %), в 2021 г. – 421 шт. (7,4 %), что выше среднероссийского показателя на 6,1 %;

- средства по уходу за стомой (паста, крем, защитная пленка, очиститель, пудра и т.д.): в 2019 г. – 282 шт. (6,6 %), в 2020 г. – 371 шт. (7,8 %), в 2021 г. – 554 шт. (9,7 %), что на 6,9 % превышает среднероссийский показатель;

- телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами: в 2019 г. – 66 шт. (1,5 %), в 2020 г. – 119 шт. (2,5 %), в 2021 г. – 419 шт. (7,3 %), что на 6,1 % превышает среднероссийский показатель;

- ходунки: в 2019 г. – 230 шт. (5,3 %), в 2020 г. – 265 шт. (5,6 %), в 2021 г. – 371 шт. (6,5 %), что выше среднероссийского показателя на 4,1 %;

- протезы нижних конечностей: в 2019 г. – 233 шт. (5,4 %), в 2020 г. – 271 шт. (5,7 %), в 2021 г. – 316 шт. (5,5 %), что выше среднероссийского показателя на 4,1 %;

- специальные средства при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемники): в 2019 г. – 341 шт. (7,9 %), в 2020 г. – 406 шт. (8,5 %), в 2021 г. – 428 шт. (7,5 %), что превысило показатели по РФ на 3,7 %;

- абсорбирующее белье (пеленки): в 2019 г. – 177 шт. (4,4 %), в 2020 г. – 139 шт. (3,0 %), в 2021 г. – 238 шт. (4,2 %), что выше среднероссийского показателя на 1,0 %.



Заключение. За анализируемый период 2019-2021 гг. отмечается рост показателя нуждаемости инвалидов Томской области в ТСР, что связано с увеличением на 24,2 % количества разработанных ИПРА за счет роста числа повторных заочных переосвидетельствований инвалидов.



УДК 617.3.615.477.1

Скирмонт Е.И., Голубева Ю.Б., Ладэ А.С., Зарезина Г.Н.

ФОРМАЛИЗАЦИЯ ОПЫТА ПРИМЕНЕНИЯ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОИЗВОДСТВЕ СЛОЖНОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ОБУВИ

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

Аннотация. Системы автоматизированного проектирования (САПР) – стандартные средства производства технических средств реабилитации.

Анализ САПР показал перспективность использования как плоскостных, так и объемных систем проектирования. Однако, в настоящее время методики получения сведений о стопе, расчета перехода к колодке и цифрового проектирования конструкторской документации не регламентированы.

Ключевые слова: ортопедическая обувь, цифровая технология.

Skirmont E.I., Golubeva Yu.B., Lade A.S., Zarezina G.N.

FORMALIZATION OF EXPERIENCE IN THE USE OF DIGITAL TECHNOLOGIES IN MANUFACTURING OF COMPLEX ORTHOPAEDIC FOOTWEAR

*Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled
named after G.A. Albrecht, Ministry of Labour of the Russian Federation,
St. Petersburg, Russia*

Abstract. The computer-aided design (CAD) systems are standard tools for manufacturing of technical rehabilitation tools.

The analysis of CAD systems showed great prospects of using both planar and volumetric design systems. However, methodics of obtaining correct information about foot, calculating the transition to a pad and design of construction documentation are not regulated at the present time.

Keywords: orthopaedic footwear, digital technology.

Введение. Модернизация российской экономики в связи с решением задач национальной программы «Цифровая экономика Российской Федерации» послужила катализатором для разработки инновационной типовой технологии сложной ортопедической обуви с применением цифровых методов проектирования (ТТП). Благодаря внедрению цифровых технологий, производители технических средств реабилитации, в том числе сложной ортопедической обуви, имеют возможность значительно повысить производительность труда за счет автоматизации отдельных технологических операций и применения баз данных технологической оснастки, архивации конструкторской документации (клиентской базы) и использования ее при последующих обращениях инвалидов, а также создания условий для дистанционного приема заказов на изготовление ортопедической обуви.

Материал и методы. Инновационная ТТП разработана на основе обобщения передового опыта работы филиалов «Московское протезно-ортопедическое предприятие» Минтруда России, а также изучения современных тенденций развития технологии обуви. В ходе работы применялся социологический метод – анкетирование 48 протезно-ортопедических предприятий в части материально-техническо-

го, нормативного и кадрового обеспечения.

Результаты. Типовая технология «Сложная ортопедическая обувь с индивидуальными параметрами изготовления» включает следующие этапы технологического процесса: оценку состояния опорно-двигательного аппарата пациента и оформление заказа, в том числе электронного; получение информации о стопе в физическом исполнении (слепок) и цифровом (скан); проектирование и изготовление технологической оснастки (колодок) с применением баз данных, системы автоматизированного проектирования и методов 3D-печати; проектирование конструкторской документации деталей обуви, в том числе специальных, в виде чертежей, шаблонов и цифровых моделей; изготовление деталей обуви, сборку заготовок верха, формование обуви и прикрепление деталей низа.

Заключение. Разработанная инновационная технология сложной ортопедической обуви с применением цифровых методов проектирования позволит повысить производительность труда, обеспечить рабочие места актуальными методическими материалами, организовать контроль выполнения технологических нормативов на каждой операции, обеспечить выпуск продукции, соответствующей требованиям национальных стандартов.



СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНВАЛИДОВ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Красноярскому краю» Минтруда России,
г. Красноярск, Россия*

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

Ключевые слова: социальная защита, инвалиды, реабилитация, индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида, технические средства реабилитации.

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

THE CURRENT STATE OF THE SYSTEM OF PROVIDING DISABLED PEOPLE WITH TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of the Krasnoyarsk Territory, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Krasnoyarsk, Russia*

Abstract. Disability as a social phenomenon cannot be avoided by any society. Each state, as a guarantor of the social well-being of citizens, by virtue of its economy and social policy undertakes obligations to support people with disabilities. Thus, ensuring the social protection of disabled people, the State should create the necessary conditions for them to achieve the same standard of living as their fellow citizens, including in the field of income, education, employment, participation in public life through their rehabilitation and habilitation. Each subject of our country, due to its specific features and problems, develops its own set of measures to provide social support to disabled people. The Krasnoyarsk Territory has issued the «On Social Protection of Disabled People in the Krasnoyarsk Territory» law, which defines social policy in relation to disabled people of the Krasnoyarsk Territory, the powers of state authorities of the region and local self-government in the execution of legislation on disabled people, establishes additional benefits and rights for disabled people provided for by federal legislation.

Keywords: social protection; disabled; rehabilitation; individual program of rehabilitation and habilitation of the disabled; technical means of rehabilitation.

Введение. Задача государства и общества – предоставить возможности интеграции в социум гражданину с инвалидностью.

В соответствии со ст. 7 Конституции Российской Федерации «Российская Федерация – социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека».

Указанные положения отражены в Федеральном законе от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». В соответствии со ст. 10 вышеуказанного закона государство гарантирует проведение реабилитационных мероприятий, получение технических средств реабилитации (ТСР) и услуг, предусмотренных федеральным перечнем реабилитационных мероприятий.

Данным законом, несмотря на наличие федеральных льгот, субъектам Российской Федерации предоставлено право на введение за счет собственных средств дополнительных мер социальной поддержки, а также принятие региональных программ в области социальной защиты инвалидов.

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

Материал и методы. Рассмотрим систему обеспечения техническими средствами реабилитации инвалидов в Красноярском крае.

По данным Федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов» (ФГИС ФРИ) в Красноярском крае по состоянию на 01.01.2022 г. насчитывается 191,35 тыс. инвалидов, в том числе почти 178 тыс. – взрослые, более 13,5 тыс. – дети. Уровень инвалидизации населения края, по сравнению с 2020 г., вырос и составляет 710,4 чел. на 10 тыс. населения.

На территории Красноярского края действует закон от 10.12.2004 г. № 12-2707 «О социальной защите инвалидов в Красноярском крае». Настоящий закон определяет социальную политику в отношении инвалидов на территории

Красноярского края, полномочия органов государственной власти края и местного самоуправления при исполнении законодательства об инвалидах, устанавливает дополнительные льготы и права инвалидам к предусмотренным федеральным законодательством.

Для решения актуальных задач инвалидов в регионе реализуются подпрограммы «Доступная среда» и «Формирование и совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов» государственной программы Красноярского края «Развитие системы социальной поддержки граждан (Постановление Правительства Красноярского края от 30.09.2013 г. № 507-п), а также отдельные законы Красноярского края.

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

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

Краевой перечень ТСР утвержден постановлением Правительства Красноярского края от 14.12.2010 г. № 629-п «Об утверждении Положения об обеспечении инвалидов техническими средствами реабилитации и перечня технических средств реабилитации» (в редакции от 31.05.2022 г. № 474-п). Согласно указанному документу обеспечение ТСР по краевому перечню происходит на основании индивидуальной программы реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалида (ребенка-инвалида).

Нами проанализировано назначение ТСР в ИПРА в динамике за 3 года. В 2019 г. разработано 1212 ИПРА с рекомендациями ТСР по краевому перечню лицам старше 18 лет, в 2020 г. – 1173 ИПРА, в 2021 г. – 1294 ИПРА.

Детям-инвалидам разработано 66 ИПРА с рекомендациями ТСР по краевому перечню в 2019 г., в 2020 г. – 39 ИПРА, в 2021 г. – 72 ИПРА.



Обеспечение ТСР по краевому перечню у лиц старше 18 лет в 2019 г. составило 1285 ТСР, в 2020 г. – 5014 ТСР, в 2021 г. – 1764 ТСР. Дети-инвалиды были обеспечены 76 ТСР в 2019 г., в 2020 г. – 135 ТСР, в 2021 г. – 55 ТСР.

Результаты. Как видно из приведенных данных, в Красноярском крае активно реализуется краевой перечень ТСР, ателье проката ТСР пополняются высокотехнологичным оборудованием для медико-социальной реабилитации.

Органами государственной власти постоянно проводится мониторинг проблемных ситуаций, возникающих в области социальной

поддержки инвалидов, в том числе по обеспечению ТСР. Так, в 2022 г. внесены изменения в краевой перечень ТСР. Добавлено новое ТСР – «сиденье (кресло) для ванны (купания) детей-инвалидов, в том числе с детским церебральным параличом».

Заключение. Таким образом, социальная защита инвалидов на современном этапе является важнейшим и приоритетным направлением в социальной политике государства и Красноярского края. Органами исполнительной власти региона проводится огромная работа по улучшению качества жизни инвалидов.



ОЦЕНКА НУЖДАЕМОСТИ ИНВАЛИДОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

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

Аннотация. Установлено, что 75,1 % инвалидов с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения нуждаются в технических средствах реабилитации (TCP) для передвижения, из них в трости – 52 %, в ходунках – 4,9 %, в кресле-коляске – 18,2 %. При этом основными факторами, определяющими потребность в различных видах TCP, являются сила мышц пораженных конечностей и время, прошедшее после инсульта.

Ключевые слова: острое нарушение мозгового кровообращения, двигательная реабилитация, технические средства реабилитации.

Khokhlova O.I., Denisova Ia.A.

ASSESSMENT OF THE NEED FOR TECHNICAL REHABILITATION EQUIPMENT FOR DISABLED PERSONS WITH THE CONSEQUENCES OF ACUTE IMPAIRMENT OF CEREBRAL CIRCULATION

Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons, Ministry of Labour of the Russian Federation, Novokuznetsk, Russia

Abstract. It has been established that 75.1 % of disabled people with consequences of acute impairment of cerebral circulation need technical means of rehabilitation (TMR) to move, including a walking cane for 52 %, a walker for 4.9 %, and a wheelchair for 18.2 %. The main factors determining the need for various types of TMR are the muscle strength of the affected limbs and the time that has passed since the stroke.

Keywords: acute impairment of cerebral circulation, motor rehabilitation, technical means of rehabilitation.

Введение. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) является второй по распространенности причиной смерти и ведущей причиной длительной нетрудоспособности в мире. Ведущим фактором инвалидизации у выживших пациентов после ОНМК являются двигательные расстройства, которые, несмотря на проводимые реабилитационные мероприятия, сохраняются на протяжении всей оставшейся жизни у 30-50 % пострадавших, существенно ограничивая их повседневную деятельность. Поэтому в комплексной реабилитации данного контингента

большое значение имеет адаптация к существующим ограничениям, в том числе с помощью вспомогательных средств.

Цель исследования. Оценить потребность инвалидов вследствие перенесенного ОНМК в технических средствах реабилитации для передвижения в зависимости от клинико-демографических показателей.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 225 пациентов клиники ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России, находив-

шихся на медико-социальной реабилитации в период с 2019 г. по апрель 2022 г. Из них женщин – 73 (32,4 %), мужчин – 152 (67,6 %). Средний возраст – $60,7 \pm 10,72$ лет. В анамнезе у 183 (81,3 %) пациентов – ОНМК по ишемическому типу, у 41 (18,2 %) – по геморрагическому, у 1 (0,4 %) – смешанного генеза. Острый период был у 10 (4,4 %) пациентов, ранний восстановительный – у 55 (24,4 %), поздний восстановительный – у 52 (23,1 %), резидуальный – у 108 (48 %).

Для оценки двигательного статуса инвалида и потребности в ТСР для передвижения использовали индекс ходьбы Хаузера. При оценке от 0 до 3 баллов считали, что потребность в ТСР отсутствует; 4 (ходьба с односторонней поддержкой) – необходимость использования трости, 5 (ходьба с двусторонней поддержкой) – ходунков, 6-7 (ходьба с двусторонней поддержкой, пользование креслом-коляской) – ходунков и кресла-коляски, 8-9 (перемещение только в кресле-коляске самостоятельное или с посторонней помощью соответственно) – только кресла-коляски.

Тонус мышц оценивали с помощью модифицированной шкалы Ашвортса, силу мышц – по 6-балльной шкале Комитета медицинских исследований Великобритании (Medical Research Council, MRC).

Для выявления особенностей в потребности ТСР у инвалидов различного возраста и пола, степени выраженности спастичности, силы мышц, периода восстановления после ОНМК использовали критерий χ^2 или критерий χ^2 с поправкой на правдоподобие в случаях наблюдаемых частот менее 5.

Результаты. Установлено, что у обследованного контингента наиболее востребованым ТСР является трость: в односторонней поддержке нуждались 117 (52 %) обследованных инвалидов; 41 (18,2 %) нуждались в кресле-коляске, 11 (4,9 %) – в ходунках. Около четверти (56 человек – 24,9 %) пациентов были способны передвигаться самостоятельно, без использования ТСР, но преимущественно в медленном темпе. Существенных гендерных и возрастных различий по востребованности в различных ТСР не выявлено. Однако несмот-

ря на малочисленность группы лиц 75 лет и старше (14 человек), у них чаще отмечалась потребность в ходунках (14,3 %) и кресле-коляски (28,6 %). В прочих возрастных группах (до 45 лет, 45-59 лет, 60-74 лет) потребность в ходунках составляла 0 %, 1,3 %, 6,7 %, в кресле-коляске – 11,8 %, 18,7 %, 17,6 % соответственно.

Отмечены статистически значимые различия между потребностью в ТСР и периодом восстановления после инсульта: в остром и раннем восстановительном периодах чаще была необходимость использования кресла-коляски (40 % и 27,3 %) и ходунков (10 % и 7,3 % соответственно), тогда как в позднем восстановительном и резидуальном – трости (63,5 % и 58,3 % соответственно) (χ^2 с поправкой на правдоподобие 18,8, степень свободы 9, $p = 0,027$).

Не обнаружено зависимости нуждаемости в ТСР от выраженности спастичности, но установлена связь с силой мышц верхних и нижних конечностей пораженной стороны: при силе мышц 3 и более балла либо отсутствовала потребность в ТСР, либо необходима была трость, в то время как в случаях значительной слабости мышц конечностей (0-1 и 2 балла по MRC) отмечалась более частая потребность в кресле-коляске (45 % и 29,2 % соответственно против 5,5 % в группе инвалидов с силой мышц проксимального отдела верхней конечности 3 и более балла, $p < 0,001$; 66,7 % и 52,6 % соответственно против 12,8 % в группе инвалидов с силой мышц проксимального отдела нижней конечности 3 и более балла, $p < 0,001$).

Заключение. Таким образом, основными факторами, определяющими потребность в различных видах ТСР для передвижения инвалидов с последствиями ОНМК, являются сила мышц пораженных конечностей и время, прошедшее после инсульта: чем ниже сила мышц и короче постинсультный период, тем более выражены двигательные нарушения и выше нуждаемость в кресле-коляске. Это подтверждает существующее мнение о том, что раннее начало реабилитационных мероприятий имеет решающее значение для дальнейшей жизни пострадавшего.



ИННОВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ ИНВАЛИДОВ В ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

*ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России¹,
 ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России²,
 г. Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация. В связи с новыми инновационными аспектами организации обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации проведена оценка удовлетворенности в них.

Ключевые слова: инвалиды, технические средства реабилитации, электронный сертификат.

Chernyakina T.S.^{1,2}, Kolyuka O.E.¹

INNOVATIVE ASPECTS OF ENSURING THE NEEDS OF DISABLED PEOPLE IN TECHNICAL MEANS OF REHABILITATION

Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, Ministry of the Labour of the Russian Federation¹, North-East State Medical University named after I.I. Mechnikov, Ministry of Healthcare of the Russian Federation², St. Petersburg, Russia

Abstract. In connection with the new innovative aspects of organizing the provision of technical means of rehabilitation for disabled people, an assessment of satisfaction with them was carried out.

Keywords: disabled people, technical means of rehabilitation, electronic certificate.

Введение. По данным Минтруда России, более 1,5 млн. инвалидов ежегодно получают от государства протезы, коляски, слуховые аппараты и другие технические средства реабилитации (TCP). Для получения средств реабилитации раньше было необходимо либо обратиться в Фонд социального страхования (ФСС), либо купить их самостоятельно, а потом получить компенсацию от государства. Данная система вызывала жалобы на длительность ожидания нужного TCP и недостаточность средств компенсации стоимости выбранного TCP.

Федеральный закон от 30.12.2020 г. № 491-ФЗ «О приобретении отдельных видов товаров, работ, услуг с использованием электронного сертификата» (далее – Закон) обновил действующий механизм обеспечения инвалидов TCP, введя электронный сертификат.

Цель. Оценка влияния новых инновационных форм на обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации.

Материал и методы. Законодательство по обеспечению граждан с инвалидностью TCP, сведения формы федерального государственного статистического наблюдения № 1 (TCP) за 2020-2021 гг.

Результаты. Оценка использования электронных ресурсов для получения услуги по обеспечению инвалидов TCP показала, что доля инвалидов, использующих электронную форму обращения за услугами по обеспечению TCP увеличилась до 30 % в 2018 году. Запланировано увеличение доли инвалидов, использующих механизм получения государственной услуги по обеспечению TCP и услугами в электронной форме, в общем числе граждан, подавших заявления на получение государ-



твенных услуг до 55 % к 2025 году.

Постановлением Правительства РФ от 7 апреля 2008 г. № 240 «О порядке обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями» (ред. от 30.09.2021 г.) расширен перечень ТСР, которые инвалид выбирает посредством электронного каталога.

Незрячие дети получают дисплеи Брайля и программы экранного доступа – необходимые условия коммуникации для детей-инвалидов по зрению. Для инвалидов с одновременным нарушением слуха и зрения (слепоглухих) с 2021 года был установлен повышенный объем бесплатно предоставляемых им услуг тифлосурдоперевода. Кроме того на получение средств реабилитации для детей-инвалидов можно использовать материнский капитал.

Оформить электронный сертификат можно дистанционно через портал Госуслуг, а также при личном визите в отделение ФСС или многофункциональный центр (МФЦ).

Электронный сертификат – новый платежный инструмент, с помощью которого можно приобрести ТСР. Денежные средства «привязываются» к банковской карте «МИР» и поступают напрямую продавцу при приобретении ТСР, которые рекомендованы гражданину учреждениями медико-социальной экспертизы (МСЭ).

К настоящему времени, по данным Минтруда России, оформлено более 35 000 электронных сертификатов на ТСР. В общей сложности стоимость изделий по выданным сертификатам составила свыше 820 млн. рублей. Выбрать наиболее подходящее средство реабилитации можно в электронном каталоге ФСС

(<https://ktsr.fss.ru/>), где представлено более 5,2 тысяч различных товаров 422 производителей и поставщиков.

С 1 июня 2022 года перечень средств реабилитации, доступных по электронному сертификату, дополнен 53 позициями – теперь по электронному сертификату доступно более 240 различных видов ТСР. В Свердловской и Тюменской областях реализуется pilotный проект «По оказанию услуг по комплексной реабилитации детей-инвалидов с использованием электронного сертификата», которым будет охвачено порядка 2,6 тыс. детей [<https://mintrud.gov.ru/social/411>].

Согласно отчету Минтруда России по выполнению государственной программы Российской Федерации «Доступная среда», обеспеченность ТСР в 2020 г. составляла 90,4 %, в 2021 году увеличилась до 94,7 %.

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.).

Доля инвалидов, обеспеченных техническими средствами реабилитации (услугами) в соответствии с федеральным перечнем в рамках индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов, детей-инвалидов, в общей численности инвалидов в Российской Федерации составила в 2020 г. – 89,5 %, в 2021 г. – 98,0 %, достигнув планового показателя (прирост к 2020 г. составил 8,5 %).

Вывод. Развитие новых инновационных форм обеспечения инвалидов ТСР способствуют своевременной и качественной адаптации и интеграции инвалидов в общество.







АМПУТАЦИЯ И ПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОНЕЧНОСТИ





ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ, СВЯЗАННЫХ С ЧАСТОТОЙ И УРОВНЕМ АМПУТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

Аннотация. Установлено, что фактором, связанным с повышенной частотой ампутации нижних конечностей при атеросклеротическом поражении артерий, является мужской пол, а при диабетической ангиопатии – женский. Основными факторами, определяющими уровень ампутации, являются величина лодыжечного артериального давления и уровень неудавшегося реконструктивного вмешательства на артериях.

Ключевые слова: критическая ишемия конечности, ампутация нижней конечности, уровень ампутации.

Batiskin S.A.

FACTORS ASSOCIATED WITH THE FREQUENCY AND LEVEL OF LOWER LIMB AMPUTATION

*Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation
and Rehabilitation of Disabled Persons, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Novokuznetsk, Russia*

Abstract. It was established that the factor associated with increased frequency of lower limb amputation is male gender in cases of arterial atherosclerosis and female gender in cases of diabetic angiopathy. The primary factors determining the amputation level are the ankle arterial pressure and the level of a failed arterial reconstruction.

Keywords: critical limb ischemia, lower limb amputation, amputation level.

Введение. Несмотря на развитие хирургических реваскуляризирующих операций и методов консервативного лечения хронической ишемии конечности, «большая ампутация» нередко остается единственным возможным методом лечения критической ишемии конечности (КИК). В первый год после верификации КИК ампутация бедра или голени проводится в 25-35% случаев. Ежегодное число ампутаций конечности в экономически развитых странах варьирует от 13,7 до 32,3 на 100 тыс. населения. В Российской Федерации ежегодно выполняется около 30-35 тысяч больших ампутаций, с частотой 21 случай на каждые 100 тысяч населения. При этом в нашей стране большая часть ампутаций выполняется на уровне бедра, тогда как транстибиальные ампутации предпочтительнее.

Изучение факторов, связанных с выбором уровня ампутации, может представлять интерес в изучении данной проблемы.

Цель. Анализ факторов, влияющих на выбор уровня ампутации нижних конечностей у пациентов с атеросклеротическим поражением артерий и диабетической ангиопатией.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов отделения сосудистой хирургии ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России за период 1993-2007 гг.

Оценивали влияние гендерного и возрастного факторов, тяжести ишемии конечности, неудавшихся реконструктивных операций на артериях ниже и выше пупартовой связки. При изучении возрастного фактора проанализиро-

ваны три группы пациентов: младше 60 лет, 60-70 лет, старше 70 лет. Для оценки тяжести ишемии использовали лодыжечное артериальное давление (ЛАД).

Результаты. Всего за исследуемый период пациентам с атеросклерозом артерий и пациентам с сахарным диабетом было выполнено 472 ампутации нижних конечностей. У мужчин с атеросклерозом выполнено 247 ампутаций (92,9 %), у женщин – 19 (7,1 %); у мужчин с сахарным диабетом – 80 (38,8%), у женщин – 126 (61,2 %).

На уровне голени при атеросклерозе у мужчин проведено 150 (60,7 %) ампутаций, у женщин – 14 (73,3 %); при сахарном диабете у мужчин – 62 (77,5 %), у женщин – 105 (83,3 %).

На уровне бедра в группе младше 60 лет выполнено 34 (25,2 %) ампутации, 60-70 лет – 27 (35,5 %), старше 70 лет – 27 (35,5 %). Усечений конечности на уровне голени в группе до 60 лет – 98 (74,8 %), 60-70 лет – 86 (60,6 %), старше 70 лет – 49 (64,5 %).

Ампутаций на уровне голени при ЛАД < 50 мм рт. ст. выполнено 45 (55,6 %), на уровне

бедра – 36 (44,4 %). При ЛАД > 50 мм рт. ст. усечений нижних конечностей на уровне голени – 27 (81,8 %), на уровне бедра – 6 (18,2 %).

После неудавшейся артериальной реконструкции ниже пупартовой связки выполнено 79 (65,3 %) вторичных ампутаций голени и 42 (34,7 %) – на уровне бедра; выше пупартовой связки – 27 (52,9 %) и 24 (47,1 %) соответственно.

Вывод. Подавляющее число «больших» ампутаций конечности при атеросклеротическом поражении артерий выполняется у лиц мужского пола, а при диабетической ангиопатии – у женщин.

Наиболее часто ампутации конечности проводились у больных в возрасте от 60 до 70 лет.

Ампутации на уровне голени чаще выполнялись у больных с ЛАД выше 50 мм рт. ст.

Ранее проведенное неудавшееся реконструктивное вмешательство на артериях выше пупартовой связки лишь в 52,9 % случаев позволило сохранить коленный сустав, а после операций на артериальном русле ниже пупартовой связки – в 65,3 %.





УДК 617.58-77

Ключко С.В.

МЕТОДИКА ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С АМПУТАЦИОННЫМИ ДЕФЕКТАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ К ПЕРВИЧНОМУ ПРОТЕЗИРОВАНИЮ

Филиал «Пятигорский»

*ФГУП «Московское протезно-ортопедическое предприятие» Минтруда России,
г. Пятигорск, Россия*

Аннотация. В статье описывается новая (авторская) методика подготовки больных сахарным диабетом с ампутационными дефектами нижних конечностей к первичному протезированию, приводятся данные о её результативности.

Ключевые слова: сахарный диабет, ампутационный дефект, протезирование.

Klyuchko S.V.

METHODOLOGY FOR PREPARING DIABETIC PATIENTS WITH LOWER LIMB AMPUTATION DEFECTS FOR PRIMARY PROSTHETICS

The Pyatigorsk Branch

*of Moscow Prosthetic and Orthopedic Enterprise, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Pyatigorsk, Russia*

Abstract. The article describes a new method of preparing diabetic patients with amputation defects of the lower limbs for primary prosthetics and provides data on its effectiveness.

Keywords: diabetes mellitus, amputation defect, prosthetics.

Введение. Осложнения сахарного диабета (с инвалидацией больных) в настоящее время представляют собой значимую медицинскую и социальную проблему. В тесной связи с растущим количеством выполняемых по поводу осложнений сахарного диабета ампутаций нижних конечностей находится задача первичного протезирования таких пациентов. Бесспорным является утверждение о том, что пациент должен быть подготовлен к протезированию. В противном случае само протезирование закономерно сведётся лишь к решению чисто технической задачи изготовления протеза, без учёта того, что впоследствии больной должен использовать протез нижней конечности по назначению.

Материал и методы. Основная и контрольная группа исследуемых составили по 200 больных каждого. Исследование проводилось в

течение 12 лет (с 2010 г.). Группы были выравнены при помощи метода частотных распределений по 35 параметрам, включавшим вес, рост, пол, возраст, уровень ампутации, тип диабета, наличие и выраженность сопутствующих заболеваний, продолжительность заболевания, вредные привычки, наличие пороков культи (контрактуры, отеки, неблагоприятная для протезирования форма культи). Пациентов контрольной группы готовили к протезированию с применением обычных методик. Пациентов основной группы – по авторской методике (удостоверение на рационализаторское предложение № 1271 от 28.02.2022 г.), которая включала в себя специальный индивидуализированный (под каждого больного) комплекс лечебной гимнастики, бинтование культи эластичным бинтом и применение ортезов максимальной готовности с целью уменьшения кон-

трактур в суставах усеченных конечностей.

Результаты. Сопоставление результатов протезирования основной и контрольной групп показало более высокий процент больных, не освоивших протезное изделие, в контрольной группе (12 %), чем в основной (4,5 %).

У пациентов основной группы также отмечались более высокие показатели повседневной двигательной активности, чем в контрольной группе.

Заключение. Изучение ближайших и отдаленных результатов протезирования подтвердило высокую эффективность предлагаемой нами методики в отношении уменьшения контрактур в суставах, отёка культи, неблагоприятной для протезирования формы культи, а также повышения толерантности организма больного к физической нагрузке.



УДК 616.831-005.4:617.57/.58-089

Коваль О.А., Батискин С.А.

РОЛЬ ХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ КОНЕЧНОСТИ

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

Аннотация. Реабилитация пациентов с утратой конечности вследствие облитерирующих заболеваний артерий, включающая консервативное и хирургическое лечение пороков и ишемии культи, а также критической ишемии единственной сохраненной конечности, позволяет сохранить конечность или кульлю на прежнем уровне и сохранить качество жизни пациентов.

Ключевые слова: критическая ишемия конечности, ампутация, реабилитация, реваскуляризация.

Koval O.A., Batiskin S.A.

ROLE OF SURGICAL TECHNOLOGIES IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH CRITICAL LIMB ISCHEMIA

Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons, Ministry of Labour of the Russian Federation, Novokuznetsk, Russia

Abstract. Rehabilitation of patients with limb loss due to obliterative arterial disease including conservative and surgical treatment of the defects and ischemia of the amputation stump and of critical ischemia of the remaining limb makes it possible to maintain the same level of the limb or stump and the quality of life of patients.

Keywords: critical limb ischemia, amputation, rehabilitation, revascularization.

Введение. Реабилитация пациентов, перенесших ампутацию нижней конечности, включает в себя мероприятия, направленные на восстановление функции пе-

редвижения, а также на сохранение единственной конечности. При этом задача сосудистого хирурга заключается в выявлении состояний, угрожающих потерей этой конечности или



развитию гангрены культи.

После проведенного протезирования конечности необходимо обязательное динамическое наблюдение за пациентами. Повторные госпитализации этих больных позволяют оценивать динамику распространения облитерирующего поражения артерий, проводить плановое консервативное лечение с коррекцией медикаментозной терапии как основной, так и сопутствующей патологии, своевременно выявлять пациентов, нуждающихся в оперативном лечении на артериях единственной конечности или культи.

Цель. Оценить роль хирургического лечения в реабилитации пациентов с ампутацией нижней конечности.

Материал и методы. Проанализированы сведения, содержащиеся в локальной базе данных ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России «Госпитализация пациентов с ампутацией».

Результаты. За 25 летний период проведено протезирование более 3500 пациентов с утратой нижней конечности. Ежегодно в отделение сосудистой хирургии госпитализируются 400-430 больных с ампутационными культурами нижних конечностей. За продолжительный период работы с данным контингентом пациентов была выработана определенная тактика: при наличии перемежающей хромоты без ишемии покоя и наличия гнойно-некrotических изменений на коже мы проводим плановое консервативное лечение 2 раза в год; лишь при наличии критической ишемии единственной конечности рассматриваются варианты хирургического лечения. За последние 20 лет в нашей клинике прооперировано 246 пациентов с пороками и ишемией культи, при этом реампутации на более высоком уровне выполнены

лишь у 57 больных (23,2 %), в остальных случаях удалось сохранить предшествующий уровень усечения конечности (76,8 %) без ухудшения качества жизни пациентов.

Одной из важных задач хирургической службы центра является проведение оперативных вмешательств на артериях единственной нижней конечности или культи. С 2000 г. непрямая реваскуляризация – поясничная симпатэктомия (ПСЭ) выполнена у 98 больных, на артериях единственной конечности проведено 172 хирургических вмешательств. Традиционные открытые операции с применением сосудистых имплантов или без них выполнены у 139 пациентов; эндоваскулярные вмешательства (выполняются с 2015 г.) – у 33 больных. На аорто-подвздошном сегменте выполнено 56 реконструкций, из них эндоваскулярно – 17; на бедренно-подколенно-берцовом сегменте – 116, малоинвазивных – 16. В раннем послеоперационном периоде сохранить конечности удалось в 92,3 % случаев.

Вывод. Разработанная тактика ведения пациентов с утратой конечности вследствие облитерирующих заболеваний артерий, включающая консервативное и хирургическое лечение пороков и ишемии культи, а также критической ишемии единственной сохраненной конечности, позволяет сохранить конечность или кулью на прежнем уровне и улучшить качество жизни пациентов.

В случаях тотального поражения периферического сосудистого русла или обширного поражения мягких тканей стопы и (или) голени описанная тактика позволяет снизить уровень ампутации конечности на уровне голени, что в свою очередь снижает летальность, увеличивает выживаемость и реабилитационный потенциал пациентов.



АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ НАЗНАЧЕНИЙ В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ ПРОТЕЗОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ С МИКРОПРОЦЕССОРНЫМ УПРАВЛЕНИЕМ ЗА 2019-2021 ГОДЫ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация. Исследуемый период (2019-2021 гг.) представляет большой интерес в связи с тем, что дает возможность сравнить результаты проведенных освидетельствований до и во время санитарно-эпидемических ограничений. Количество и структура принятых экспертных решений по назначению высокотехнологичных протезов верхней и нижней конечности в рассматриваемом периоде не имели существенных изменений.

Ключевые слова: протез с микропроцессорным управлением, индивидуальная программа реабилитации или абилитации, нормативные документы.

Korneeva S.Yu.

ANALYSIS OF THE STRUCTURE OF PRESCRIPTIONS FOR HIGH-TECH MICROPROCESSOR-CONTROLLED UPPER AND LOWER LIMB PROSTHESES IN THE INDIVIDUAL PROGRAM OF REHABILITATION AND HABILITATION OF DISABLED PERSONS FOR THE YEARS 2019-2021

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of Saint Petersburg, Ministry of Labour of the Russian Federation,
St. Petersburg, Russia*

Abstract. The study period (2019-2021) is of great interest, due to the fact that it makes it possible to compare the results of surveys carried out before and during sanitary and epidemic restrictions. The number and structure of expert decisions made on the appointment of high-tech prostheses of the upper and lower limbs in the period under review did not have significant changes.

Keywords: prosthesis with microprocessor control, individual program of rehabilitation and habilitation, normative documents.

Введение. Изучение показателей по включению в индивидуальную программу реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалидов высокотехнологичных протезов верхней и нижней конечности представляет большой интерес в виду включения

данных технических средств реабилитации в большинстве случаев лицам трудоспособного возраста с профессиональной занятостью, с целью компенсации ограничения жизнедеятельности в категории способности к самостоятельному передвижению, самообслужива-

нию и трудовой деятельности.

Материал и методы. Исследование проведено по материалам анализа экспертных заключений работы ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Санкт-Петербургу» Минтруда России. Применены статистический, аналитический методы.

Результаты. В 2019 г. всего разработано 52294 ИПРА, в 2020 г. – 58595, в 2021 г. – 72184; протезы с микропроцессорным управлением рекомендованы в 12, 13 и 26 случаях, соответственно. В 2019 и 2020 годы все ИПРА с высоко функциональными протезами были разработаны при повторном переосвидетельствовании, в 2021 г. – 19 % ИПРА были разработаны при первичном освидетельствовании. В 2019 г. все высоко функциональные протезы были рекомендованы при очном освидетельствовании, с введением санитарно-эпидемических ограничений в 2020 г. – 23 % рекомендаций даны при очном освидетельствовании, 77 % – при заочном, в 2021 г. – 19 % и 81 %, соответственно.

В 2019 г. в 75 % (9 человек) случаев протезы с внешним источником энергии рекомендованы при последствиях травм; 25 % (3 человека) – при врождённых аномалиях. В 2020 г. в 54 % (7 человек) случаях протезы рекомендованы гражданам с последствиями травм; в 38 % (5 человек) – при врождённых аномалиях; в 8 % (1 человек) – с остеогенной саркомой в стадии стабилизации. В 2021 г. в 42 % (11 человек) случаев протезы рекомендованы гражданам с последствиями травм; в 27 % (7 человек) – при

врождённых аномалиях; в 23 % (6 человек) – с остеогенной саркомой; в 4 % (1 человек) – при облитерирующем атеросклерозе сосудов нижних конечностей; в 4 % (1 человек) – при хроническом остеомиелите.

В 2019 г. имелось следующее распределение по видам протезов с внешним источником энергии: протез предплечья – 5 шт. (42 %); протез бедра – 5 шт. (42 %); протез при вычленении бедра – 1 шт. (8 %); протез кисти – 1 шт. (8 %). В 2020 г.: протез предплечья – 6 шт. (46 %); протез кисти – 2 шт. (16 %); протез бедра – 5 шт. (38 %). В 2021 г.: протез плеча – 1 шт. (4 %); протез предплечья – 9 шт. (34 %); протез кисти – 2 шт. (8 %); протез бедра – 12 шт. (46 %); протез при вычленении бедра – 1 шт. (4 %); протез голени – 1 шт. (4 %).

Заключение. Количество и структура рассмотренных обращений и принятых экспертных решений назначения высокотехнологичных протезов верхней и нижней конечности до и во время санитарно-эпидемических ограничений не имели существенных изменений. В большинстве случаев ИПРА с рекомендациями по обеспечению протезами с внешним источником энергии разрабатывались лицам трудоспособного возраста с профессиональной занятостью в течение всего исследуемого периода. Чаще всего в исследуемом периоде протезы с внешним источником энергии назначались при ампутационных дефектах конечностей по последствиям травм.

СИСТЕМАТИЗАЦИЯ БАРЬЕРОВ В ПРОЦЕССЕ ПОЛУЧЕНИЯ ИНВАЛИДАМИ И ЛИЦАМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА ПРИМЕРЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ

*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт
усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация. В современных условиях система профессионального образования инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) реализуется в условиях многокомпонентного подхода, в котором субъект педагогического процесса рассматривается как динамично развивающийся элемент системы. Динамика освоения общих и профессиональных компетенций в процессе профессионального обучения инвалидов и лиц с ОВЗ требует устранения барьеров, имеющих место, при получении ими образовательных услуг посредством организации педагогической и социально-реабилитационной работы.

При организации психолого-педагогической и социальной работы с инвалидами и лицами с ОВЗ в учреждениях профессионального образования необходим учет комплекса факторов, участвующих в формировании барьеров: биологических (генетических, анатомических, физиологических и др.), психологических (мышления, эмоций, поведения), социальных (социально-экономических, социально-средовых, социокультурных), формирующих биopsихосоциальную модель инвалидности и реабилитации и описанных в международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Использование возможностей МКФ в системе здравоохранения, медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации, а также в системе профессионального образования инвалидов и лиц с ОВЗ, предполагает выделение и систематизацию основных доменов и их параметров для описания барьеров при получении инвалидами и лицами с ОВЗ образовательных услуг.

Ключевые слова: МКФ, инвалиды, профессиональное образование, лица с ОВЗ, домены.

Myasnikov I.R.

SYSTEMATIZATION OF BARRIERS IN VOCATIONAL EDUCATION FOR PERSONS WITH DISABILITIES USING THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITIES AND HEALTH

*Saint-Petersburg Postgraduate Institute
of Medical Experts, Ministry of Labour of the Russian Federation,
St. Petersburg, Russia*

Abstract. The modern system of vocational education for persons with disabilities is realized within the multi-component approach where the subject of the pedagogical process is considered a dynamically developing component of the system. The dynamics of learning general and vocational competencies during the vocational



education of persons with disabilities requires that the existing barriers to their receiving educational services should be removed by organizing pedagogical and rehabilitation work.

Organizing pedagogical and social work with persons with disabilities in vocational education institutions requires considering the complex of various factors that form barriers: biological (genetic, anatomic, physiological, etc.), psychological factors (thinking, emotions, behavior) and social (socio-economic, socio-environmental, socio-cultural) factors forming the biopsychosocial model of disability and rehabilitation; they are described in the International Classification of Functioning, Disabilities and Health (ICF). The use of the possibilities of ICF in health care, medical and social evaluation and medical and social rehabilitation, as well as in the vocational education for persons with disabilities, involves identifying and systematizing the main domains and their parameters in order to describe the barriers faced by persons with disabilities when receiving educational services.

Keywords: ICF, professional education, persons with disabilities, domains.

Введение. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) была принята в 2001 г. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и представляет собой многоуровневую классификацию, в которой унифицированным языком отражены показатели здоровья и связанные с ним состояния жизнедеятельности человека [1]. Использование МКФ в биопсихосоциальной модели инвалидности и реабилитации позволяет при использовании ее универсальной шкалы диагностики проводить оценку различных нарушений функций и ограничений жизнедеятельности инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), формирующих барьеры и препятствующих эффективному освоению образовательных программ.

В настоящее время возможности МКФ широко используются в реабилитации больных и инвалидов, основные положения классификации внедрены в систему медицинской реабилитации, медико-социальной экспертизы, профессиональной реабилитации [2, 3], однако использование МКФ в системе профессионального образования инвалидов и лиц с ОВЗ недостаточно. С другой стороны, необходимость объективизации барьеров для их устранения и организации доступности при получении образовательных услуг лицами с ОВЗ и инвалидностью очевидна.

Цель – определить основные домены международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для описания барьеров в системе среднего профессионального образования.

Материал и методы: обзор научных литературных источников, МКФ.

Результаты. МКФ включает 4 категории – функции организма (b), структуры организма (s), активность и участие (d), факторы окружающей среды (e). С целью систематизации барьеров при получении инвалидами и лицами с ОВЗ образовательных услуг, и оперирования полученными данными специалистами немедицинского профиля, наиболее приоритетными являются категории: «активность и участие» (d) и «факторы окружающей среды» (e).

Активность и участие в системе профессионального образования. «Активность» – это выполнение инвалидом или лицом с ОВЗ задачи или действия в процессе обучения, а «участие» означает вовлеченность обучающегося в любые ситуации (педагогической, психологической, социальной направленности) в данной период времени. Барьерами выступают ограничения деятельности – трудности, которые инвалид или лицо с ОВЗ может испытывать при выполнении различных действий. Ограничения участия – барьеры или проблемы, с которыми индивид сталкивается, действуя или участвуя в различных ситуациях.

Согласно МКФ, факторы окружающей среды представляют собой физическую и социальную обстановку. Они являются внешними факторами и могут оказывать положительное или отрицательное влияние на реализацию действий обучающихся в процессе получения профессионального образования. Микросоциум включает физические и материальные особенности окружающей среды, с которой инвалид или лицо с ОВЗ сталкивается, а также прямые контакты с близким своим окружением, то есть, в семье – с родителями и родственниками, друзьями, знакомыми, сверстниками, посторонними. Макросоциум включает фак-

торы окружающей среды на уровне служб и государственных, негосударственных общественных систем. Его представляют формальные и неформальные социальные структуры, службы, общие установки в сообществе или социальной культуре.

В категории «Активность и участие», с нашей точки зрения, должны учитываться домены в разделе 1: «обучение и применение знаний» домен d198; в разделе 2: «общие задачи и требования» домены d210, d220; в разделе 3: «восприятие сообщений при общении» домены в интервалах d310-d1329); в разделе 4: «мобильность» домены в интервалах d410-d489; в разделе 7: «личностные взаимодействия и отношения» домены d710-d798, в разделе 8: «главные сферы жизни» необходим учет доменов в интервале d810-d898, в том числе в доменах «работа и занятость» (d840-d859); в разделе 9: «жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь» домены d910-d998.

Систематизация доменов внутри разделов позволяет более целенаправленно рассмотреть их внутри каждого из разделов. Например, в разделе «обучение и применение знаний» домен «применение знаний» d160-d179, наряду с «концентрацией внимания» домен d160, «мышлением» d163; для освоения профессиональных компетенций важным является учет таких доменов, как «принятие решений» d177 и «приобретение практических навыков» d155.

При рассмотрении категории «Факторы окружающей среды» стоит отметить разделы «продукция и технологии» – домены e125-e145, «поддержка и взаимосвязь» – домены e310, e315, e320, e325, e330, e340, e345, e350, e355, e360, «установки» – домены e410, e415, e420, e425, e430, e440, e445, e450, e455, e460,

«службы, административные системы и политика» – домены e515-e598.

Степень ограничений выбранных доменов может широко варьировать от отсутствия ограничений до значительно выраженных или абсолютных ограничений, выраженных в процентах: нет затруднений (0-4 %); легкие затруднения (5-24 %); умеренные затруднения (25-49 %); тяжелые затруднения (50-95 %); абсолютные затруднения (96-100%). Поэтому оценка ограничения конкретного домена и степени его выраженности дает ясное представление об имеющихся индивидуальных барьерах инвалидов и лиц с ОВЗ, осваивающих профессиональное образование. Подробное рассмотрение уникальной и унифицированной диагностики барьеров обучающихся применимо на разных уровнях (среднем, высшем) профессионального образования и профессионального обучения инвалидов и лиц с ОВЗ.

Выходы: Систематизация барьеров при получении профессионального образования с учетом положений МКФ позволяет более детально описывать и анализировать персонифицированный образовательный маршрут инвалидов и лиц с ОВЗ. Ученные объективные показатели МКФ в виде доменов, характеризующих барьеры и их степень выраженности, служат основой организации педагогической и социально-реабилитационной работы с целью первоочередного устранения тех барьеров, которые наиболее ограничивают образовательный процесс. Таким образом, можно разрабатывать стратегический и тактический планы уменьшения или устранения барьеров, а значит, увеличивать для инвалидов и лиц с ОВЗ доступность и эффективность образовательных услуг.

Литература.

1. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья [Электронный ресурс]. – Женева: ВОЗ 2001. – URL: <http://who-fic.ru/icf/>.
2. Козлова Н.В., Левицкая Т.Е., Цехмейструк Е.А., Атаманова И.В. Использование МКФ в реабилитации: клинический случай / Сибирский психологический журнал. – 2020. – № 78 – С. 145-155.
3. Карасаева Л.А., Горяйнова М.В., Мясников И.Р., Нурова А.А. Возможности применения МКФ в программе профессиональной реабилитации и трудоустройства инвалидов / Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – № 1. – С. 20-26



УДК 617.57-77, 617.58-77

Рябоконь А.Г., Доронина О.Е., Кулинич Т.С., Пешкова И.А.

ПОТРЕБНОСТЬ ИНВАЛИДОВ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ В ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ ПРОТЕЗАХ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Ленинградской области» Минтруда России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация. Выявлена доля лиц с ампутацией верхних и нижних конечностей при первичном и повторном освидетельствовании, проживающих в Ленинградской области, медико-социальные особенности инвалидов с ампутацией конечности, нуждающихся в высокотехнологическом протезировании с 2017-2021 годы. Решение о назначении протеза с микропроцессорным управлением принималось специалистами бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) в 21 случае по клинической оценке состояния культи, степени стойких нарушений функции конечности, оценке социального статуса инвалида, а также с учетом заключения медико-технической комиссии. У всех обследуемых имелся 3 или 4 уровень двигательной активности, благоприятный прогноз протезирования (5-9 баллов), высокая мотивация, были исключены отягощающие сопутствующие заболевания.

Ключевые слова: ампутации верхних и нижних конечностей, медико-социальная экспертиза, инвалиды, протез с микропроцессорным управлением.

Riabokon A.G., Doronina O.E., Kulinich T.S., Peshkova I.A.

THE NEED OF DISABLED PEOPLE IN THE LENINGRAD REGION FOR HIGH-TECH PROSTHESES

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of the Leningrad Region, Ministry of Labour of the Russian Federation,
St. Petersburg, Russia*

Abstract. The proportion of persons with amputations of the upper and lower extremities during primary and repeated examination living in the Leningrad region, medical and social characteristics of disabled persons with amputation of a limb in need of high-tech prosthetics in 2017-2021 was revealed. The decision on the prescription of a microprocessor controlled prosthesis was made by specialists of the MSE bureau in 21 cases on the clinical assessment of the condition of the stump, the degree of persistent impairment of limb function, assessment of the social status of a disabled person, as well as taking into account the conclusion of the medical and technical commission. All subjects had 3 or 4 levels of motor activity, a favorable prognosis for prosthetics (5-9 points), high motivation, aggravating concomitant diseases were excluded.

Keywords: amputations of the upper and lower extremities, medical and social expertise, persons with disabilities, microprocessor controlled prosthesis.

Введение. Ежегодно увеличивается количество лиц с ампутацией конечности, к которой преимущественно приводят травмы, обморожения, онкологические заболевания, сахарный диабет. Выбор того или иного протеза напрямую связан с особенностями его назначения и рационального использо-

ования. Цель высокотехнологического протезирования – это достижение максимального реабилитационного эффекта, возвращение инвалидов к высокому уровню активности для обеспечения их способности вести полноценную жизнь. Развитие технологий в ортопедии позволяет использовать протезы с микропро-

цессорным управлением.

Материал и методы. Проанализированы данные электронной базы единой автоматизированной вертикально-интегрированной информационно-аналитической системы по проведению медико-социальной экспертизы (ЕАВИИАС МСЭ), использованы сведения из дел МСЭ инвалидов в возрасте 18 лет и старше. Методы исследования: статистический, аналитический, сравнительный анализы.

Результаты. В ФКУ «ГБ МСЭ по Ленинградской области» Минтруда России за период 2017-2021 годов признано инвалидами 1131 человек с ампутациями конечностей, из них первично – 391, повторно – 740. В 5-летней динамике наблюдался рост впервые признанных инвалидами с 53 в 2017 г. до 108 человек в 2021 г., со средним значением – 78 инвалидов в год и снижение повторно признанных инвалидами с 168 в 2017 г. до 100 человек в 2021 г. при среднем значении – 148 инвалидов.

Среди 391 впервые признанных инвалидами (ВПИ) доля лиц с ампутациями нижних конечностей составляла 94,6 %, верхних конечностей – всего 5,4 %. Анализ показал, что в возрастной структуре преобладали инвалиды пенсионного возраста (65,6 %), а инвалиды молодого возраста (до 44 лет) составляли лишь 10 %. Удельный вес по группам инвалидности свидетельствует о преимуществе вторых групп (79,8 %), третья и первая группы достигали 12 % и 8,3 %.

В структуре повторной инвалидности также преобладали инвалиды с ампутациями нижних конечностей (91 %). Процент инвалидов пенсионного возраста снизился до 55 %, молодого и среднего возраста был равен 16,5 % и 28,5 %. Более половины признавались инвалидами второй группы (62,3 %), почти одинаковый удельный вес первой и третьей групп (18,6 % и 19,1 %, соответственно).

Таким образом, основной состав освидетельствованных представляли инвалиды второй группы, пенсионного возраста, имеющие сопутствующие заболевания, медицинские противопоказания к высокотехнологическому протезированию.

Из общего числа изученного контингента потребность в протезах верхних и нижних конечностей с микропроцессорным управлением в период 2017-2021 годов выявлена у 21 инвалида, что составило 2,9 % от всех признанных инвалидами с ампутациями конечностей.

При первичном освидетельствовании нуждаемость в высокотехнологическом протезировании определена у 3-х инвалидов, при повторном – у 18. В структуре контингента мужчины преобладали над женщинами (15 против 6), возраст инвалидов колебался от 23 до 54 лет. Большинство инвалидов (16 человек) продолжали работать в профессиях преимущественно интеллектуального труда (учитель, бухгалтер, техник-механик, химик, юрист, инженер). Ампутация нижних конечностей была проведена 14 гражданам, ампутация верхних конечностей – 7. Причинами, приведшими к ампутации конечностей, явились травмы в 16 случаях, онкологические заболевания – в 3 случаях, по одному случаю – врожденная аномалия и сосудистая патология. Первая группа инвалидности определена 2-м гражданам с двусторонней ампутацией верхних конечностей, вторая группа – 8, третья – 11 человекам. Среди причин инвалидности «общее заболевание» установлено в 15 случаях, «военная травма» – в 4-х, «инвалид с детства» – в 2-х случаях.

Решение о назначении протеза с микропроцессорным управлением принималось специалистами бюро МСЭ в 21 случае по клинической оценке состояния культи, степени стойких нарушений функции конечности, оценке социального статуса инвалида, а также с учетом заключения медико-технической комиссии. У всех обследуемых имелся 3 или 4 уровень двигательной активности, благоприятный прогноз протезирования (5-9 баллов), высокая мотивация, были исключены отягощающие сопутствующие заболевания.

Заключение. Целесообразность назначения инвалиду протеза с микропроцессорным управлением определялась с учетом совокупности всех критериев выбора: степень его функциональности в зависимости от степени активности инвалида по системе MOBIS, оценка критериев уровня потенциальной двигательной активности, отсутствие медицинских противопоказаний, возраст, профессиональный статус. Преимущественно к ним относились инвалиды молодого и среднего возраста, продолжающие профессиональную деятельность, с высокой степенью физической активности и подготовки, достигшие функционального уровня пользования протезом.

Назначение инвалидам высокотехнологического протезирования было направлено на компенсацию ограничений способности к са-

мообслуживанию, передвижению, трудовой деятельности, на повышение их социализации в обществе.



УДК 364+616.036.86+ 314.44

Саликова С.И., Юревич Л.В.

АНАЛИЗ ПОТРЕБНОСТИ В ПРОТЕЗИРОВАНИИ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2016-2021 ГОДЫ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Омской области» Минтруда России,
г. Омск, Россия*

Аннотация. Число инвалидов в Омской области, нуждающихся в протезировании конечностей, при освидетельствовании в период 2016-2019 годов возросло, в 2020-2021 годы уменьшилось. Отмечена наибольшая потребность в протезах нижних конечностей. В их структуре доля протезов бедра увеличилась до 78,5 %. Удельный вес инвалидов 2 группы в среднем составил 91,7 %. Преобладали инвалиды старше 60 лет. Мужчины составили 80,9 %.

Ключевые слова: протезы нижних конечностей, группа инвалидности, возраст.

Salikova S.I., Yurevich L.V.

ANALYSIS OF THE NEED FOR PROSTHETICS OF THE UPPER AND LOWER EXTREMITIES IN PRIMARY DISABILITY AMONG THE ADULT POPULATION OF THE OMSK REGION FOR 2016-2021

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of the Omsk Region, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Omsk, Russia*

Abstract. During the examination in 2016-2019 the number of disabled people in the Omsk region who need limb prostheses increased, in 2020-2021 it decreased. The greatest need for prostheses of the lower extremities was noted. The proportion of hip prostheses increased to 78.5%. The proportion of disabled persons of group 2 averaged 91.7%. Disabled people over 60 years of age predominated. Males constituted 80.9%.

Keywords: prostheses of the lower extremities, disability group, age.

Ведение. Важным аспектом в социально-трудовой реабилитации человека, утратившего конечность, является протезирование. Анализ потребности в протезировании верхних и нижних конечностей при первичной инвалидности среди взрослого населения Омской области обусловлено социальной значимостью данного вопроса.

Материал и методы. Анализ данных Федеральной государственной информационной системы «Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы» (ФГИС ЕАВИИАС МСЭ), формы № 7-собес «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше». Методы исследования: выборка сведений; статистический, аналитический, сравнительный анализ. Период исследования: 2016-2021 годы.

Результаты. В ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России число впервые получивших инвалидность (ВПИ) среди взрослого населения в период 2016-2019 гг. увеличилось с 8392 до 9007 человек (на 7,3 % по отношению к 2016 г.), в 2020-2021 гг. уменьшилось до 6229 человек (на 30,9 % по отношению к 2019 г.). Преобладала 3 группа инвалидности с тенденцией к снижению с 43,0 % в 2016 г. до 37,0 % в 2021 г. Доля 1 группы увеличилась с 17,9 % до 21,4 %.

Число разработанных индивидуальных программ реабилитации и абилитации (ИПРА) с рекомендациями на технические средства реабилитации (TCP) у ВПИ в 2016-2019 гг. увеличилось на 6,8 %, от 3060 до 3269. В 2020-2021 гг. их число уменьшилось до 2366 (на 27,6 % к 2019 г.). В структуре по тяжести инвалидности удельный вес инвалидов 2 группы преобладал с тенденцией к снижению с 38,5 % в 2016 г. до 36,9 % в 2021 г. Удельный вес инвалидов 1 группы увеличился от 24,2 % до 25,6 %, соответственно.

У ВПИ 18 лет и старше количество рекомендаций на обеспечение протезами верхних и нижних конечностей составило в 2016-2021 гг.

150–151–132–177–140–133 случаев, соответственно годам; в среднем за 6 лет – 147 случаев. Их удельный вес в структуре ИПРА с рекомендациями на TCP у ВПИ с неустойчивой тенденцией к снижению: 4,9 %–4,7 %–4,4 %–5,4 %–4,5 %–4,6 %; в среднем 4,7 %. Среди них абсолютное число протезов нижних конечностей в 2016-2019 гг. увеличилось на 23,6 %, с 123 до 152, в 2020-2021 гг. их число уменьшилось: 119–107 случаев (на 29,6 % к 2019 г.). Удельный вес протезов нижних конечностей возрастал в период 2016-2018 гг. с 4,0 % до 4,6 %; в дальнейшем отмечено снижение до 3,7 % к 2021 г. от общего числа ИПРА на TCP у ВПИ. По Российской Федерации (РФ) удельный вес ниже, но с той же тенденцией к росту в период 2016-2019 гг. с 3,3 % до 3,6 %. Наибольшая потребность в протезах нижних конечностей зарегистрирована у инвалидов в возрасте 61 год и старше (51,2 %), мужчины составили 74,6 %.

В структуре протезов нижних конечностей доля протезов бедра возросла с 64,2 % до 78,5 % случаев. Наибольшая потребность у инвалидов в возрасте 61 год и старше (59,5 %). Мужчины составили 80,9 %. Удельный вес инвалидов 2 группы преобладал с ростом от 86,1 % до 100,0 % в 2016-2019 гг., в 2020 г. снизился до 87,1 %, вновь увеличился в 2021 г. до 95,1 %.

Выводы. Таким образом, в ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России у граждан взрослого населения ВПИ потребность в протезах верхних и нижних конечностей в среднем составила 4,7 % от общего числа ИПРА с рекомендациями на TCP. Удельный вес протезов нижних конечностей в период 2016-2018 гг. увеличился с 4,0 % до 4,6 %; в дальнейшем отмечено снижение до 3,7 % в 2021 г. В структуре протезов нижних конечностей доля протезов бедра увеличилась с 64,2 % до 78,5 % случаев. Наибольшая их потребность у инвалидов в возрасте 61 год и старше. Мужчины составили 80,9 %. Преобладали инвалиды 2 группы; в среднем – 91,7 %.



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ. ТРУДОУСТРОЙСТВО





ПОДГОТОВКА К КОНКУРСУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МАСТЕРСТВА «АБИЛИМПИКС» ПО КОМПЕТЕНЦИИ «ПОРТНОЙ»

*ФКПОУ «Новокузнецкий государственный
гуманитарно-технический колледж-интернат» Минтруда России
г. Новокузнецк, Россия*

Аннотация. В данной статье описан процесс подготовки инвалида с нарушением опорно-двигательного аппарата (ОДА) к участию в конкурсе профессионального мастерства «Абилимпикс» по компетенции «Портной». Приведены необходимые условия для достижения участником положительных результатов.
Ключевые слова: абилимпикс, инвалид с нарушением ОДА, процесс подготовки.

Agarkova O.V.

TRAINING FOR PROFESSIONAL SKILLS COMPETITION «ABILYMPICS» IN THE «TAILOR» COMPETENCE

*Novokuznetsk State Humanitarian and Technical Boarding College,
Ministry of the Labour of the Russian Federation,
Novokuznetsk, Russia*

Abstract. The article describes the process of training of a disabled person with musculoskeletal system disorders (MSDs) for participation in the «Abilympics» professional skills contest in the «Tailor» competence. The necessary conditions for achieving positive results by participant are presented.

Keywords: abilympics, disabled person with MSDs, training process.

Введение. В современном обществе уделяется большое внимание людям с ограниченными возможностями здоровья. Внимание со стороны государства к профессиональной подготовке инвалидов как полноправных членов нашего общества позволяет нам работать в этом направлении. В данной статье приведен пример такой работы.

Цель. Разработка методики для подготовки студентов с нарушением опорно-двигательного аппарата к конкурсу профессионального мастерства «Абилимпикс» по компетенции «Портной».

Материал и методы. Анализ и обобщение технологии конкурсного задания «пошив женской туники с капюшоном из льняной ткани прямого силуэта с завязывающимися полупоясами на спинке, вставленными в швы рельефов переда», основных требований к рабочему месту для инвалида с нарушениями

опорно-двигательного аппарата (колясочки), оценочных критериев конкурса профессионального мастерства «Абилимпикс» по компетенции «Портной».

Результаты. Изучение конкурсного задания регионального конкурса профессионального мастерства «Абилимпикс» по компетенции «Портной» включает в себя знакомство с моделью и тканью.

Модель: женская туника с капюшоном из льняной ткани прямого силуэта с завязывающимися полупоясами на спинке, вставленными в швы рельефов переда; с укороченными рукавами рубашечного покрова и притачными манжетами по низу; без воротника; с накладным карманом «Кенгуру» на нижней части переда.

Ткань: лен – натуральная ткань, которая легка в обработке, но является сильно сминаемой.



Прямой силуэт подходит под каждую фигуру, не подчеркнута талия. Полупояса выкраиваются отдельно. Рубашечный покрой рукава обеспечивает свободу движения руки. Карман «Кенгуру» – это большой универсальный карман на нижней части переда, который вмещает сразу две руки.

Рабочее место для участника с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ОДА) (колясочник):

1. Стол высотой 750 мм, столешница 600/1500 мм.

2. Стул не нужен.

3. Гладильная доска – регулируемая по высоте (например, GEMME PA-163). Утюг паровой (например, Vitek)

4. Бытовая швейная машина с ручным приводом (например, Aurora 7010).

5. Оверлок бытовой четырехниточный (например, Aurora 700D)

Промышленными швейными машинами инвалиды с данной нозологией ОДА пользоваться не могут по причине заболевания нижних конечностей.

6. Манекен, регулируемый по высоте (MONIKA).

Минимальный размер зоны на одно место с учетом подъезда и разворота коляски равен 1,8 м на 1,8 м. Площадь на одного участника с нарушением ОДА более 3 кв.м.

Участник получает готовые детали кроя. Необходимо сверить наличие деталей со спецификацией. Первая операция осуществляется с мелкими деталями: обработка кармана, манжет и полупоясов и т.д.

Сначала обрабатываются мелкие детали для того, чтобы соединить с основным изде-

лием.

Отработка технологических операций по времени:

На выполнение задания отводится 4 часа (астрономических).

Для поузловой обработки и выполнения мелких деталей отводится от 15 до 40 минут в зависимости от сложности операции. Для выполнения окончательной влажно-тепловой обработки и наведения порядка на рабочем месте – 5-10 мин.

Представление готового изделия на манекене.

Заключительный этап. Эксперт оценивает соблюдение заданных основных параметров на посадке изделия, обработку швов, ровность и ширину отделочных строчек, наличие влажной тепловой обработки и т.д. по балльной системе.

В шкале оценок представлены субъективные (от 1 до 5 баллов) и объективные (от 3 до 7 баллов) оценки. Максимальное количество баллов за все операции – 100.

Описанная методика используется при подготовке студентов к конкурсу профессионального мастерства «Абилимпикс». Благодаря грамотной организации рабочего места и мотивации на успех инвалид-колясочник справился с региональным заданием на отлично и вышел на национальный чемпионат.

Вывод. Работа с инвалидами с нарушениями ОДА требует от мастера терпения и профессионализма. Несмотря на всю сложность процесса инвалиды-колясочники способны участвовать в конкурсах профессионального мастерства «Абилимпикс» и показывать хорошие результаты.



УДК 331.582.2(571.17)

Гаврилюк О.Н., Блюмина А.Э., Родыгина Е.В., Рогова Л.Г.,
Ремнева И.В., Командина Л.Ю.

НУЖДАЕМОСТЬ ИНВАЛИДОВ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – КУЗБАССА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Кемеровской области – Кузбассу» Минтруда России,
г. Кемерово, Россия*

Аннотация. Представлена деятельность ФКУ «ГБ МСЭ по Кемеровской области – Кузбассу» Минтруда России по формированию мероприятий профессиональной реабилитации в индивидуальной программе реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалида. Проведен анализ наиболее актуальных мероприятий профессиональной реабилитации.

Ключевые слова: ИПРА инвалида, профессиональная реабилитация, содействие по трудуустройству, мероприятия.

Gavrilyuk O.N., Blyumina A.E., Rodygina E.V., Rogova L.G.,
Remneva I.V., Komandina L.Y.

NEEDINESS OF DISABLED PEOPLE OF THE KEMEROVO REGION – KUZBASS IN VOCATIONAL REHABILITATION

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of Kemerovo Region, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Kemerovo, Russia*

Abstract. The article presents the activity of the FSI «Head of the Federal Bureau of Medical and Social Expertise of Kemerovo region and Kuzbass», Ministry of the Labor of the Russian Federation in forming measures of vocational rehabilitation in the individual rehabilitation or habilitation program (IRHP) of a disabled person. The analysis of the most relevant measures of vocational rehabilitation has been carried out.

Keywords: IRHP of disabled person, professional rehabilitation, employment assistance, measures.

Введение. Профессиональная реабилитация инвалидов направлена на восстановление трудоспособности инвалида в доступных ему по состоянию здоровья условиях труда. С учетом имеющихся у инвалида нарушенных функций организма и ограничений к трудовой деятельности инвалиду рекомендуются оптимальные мероприятия с целью максимального включения в трудовую деятельность и достижения им конкурентоспособности на рынке труда, материальной независимости, самообеспечения и интеграции в общество. Рациональное трудуустройство инвалидов является приоритетным направлением комплексной реабилитации. Основным

документом, подтверждающим нуждаемость инвалида в мероприятиях профессиональной реабилитации, является индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА).

Материал и методы. Сплошное исследование; данные форм федерального государственного статистического наблюдения формы 7-собес.

Результаты. По итогам 2021 года разработано 41685 ИПРА инвалидам, что больше прошлого года на 7260 программ. В 2021 году общее количество разрабатываемых программ увеличилось за счет автоматического продления групп инвалидности по временному

порядку, утвержденному в связи с мерами по предупреждению распространения новой коронавирусной инфекции.

Практически половина разрабатываемых программ (23090 ИПРА) содержит рекомендации по профессиональной реабилитации, что составило 55,4 % от общего числа ИПРА. Наибольшую долю нуждающихся в профессиональной реабилитации составляют инвалиды 3 группы (более 50 %). Отмечается рост рекомендаций по профессиональной реабилитации инвалидам 1 группы (на 2,6 % с 2019 года). С учетом действующих нормативных документов, рекомендации о противопоказанных и доступных видах труда заполняются и инвалидам 1 группы, что позволяет инвалиду встать на учет в центр занятости населения и подобрать подходящую вакансию для труда. В основном, это инвалиды трудоспособного возраста, вследствие спинальных травм, использующие для передвижения кресла-коляски.

В рамках ИПРА определяется нуждаемость в профессиональной ориентации инвалида, что включает в себя профессиональное информирование, консультирование, подбор необходимой профессии; это направлено на оказание помощи инвалиду в профессиональном самоопределении с целью принятия решения о выборе профессии с учетом его способностей и возможностей. В 2021 г. разработано 4026 ИПРА с заключением о нуждаемости в профессиональной ориентации, что составило 17,5 % от числа ИПРА с профессиональной реабилитацией.

Нуждаемость в содействии по труду определяется всем неработающим на момент проведения медико-социальной экспертизы инвалидам трудоспособного возраста, что предполагает целенаправленную деятельность по подбору рабочего места инвалиду. Содействие по труду определяется в 12550 ИПРА, что составило 54,3 %.

В 2021 г. информирование инвалидов о возможности труда не проводилось в связи с проведением заочной медико-социальной экспертизы.

При наличии медицинских показаний инвалидам определяется нуждаемость в оснащении специального рабочего места. Описание

рабочего места четко соответствует основным требованиям к оснащению (оборудованию) специальных рабочих мест для труда инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений их жизнедеятельности, утвержденных приказом Минтруда России от 19.11.2013 № 685н.

За 2021 год дано рекомендаций по оснащению специального рабочего места для инвалидов в 2046 ИПРА, что составило 9 % от общего числа ИПРА с рекомендациями по профессиональной реабилитации. Наибольшая потребность в оборудовании специальных рабочих мест у инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата – это в основном инвалиды, пользующиеся креслами-колясками (2,5 %), затем у инвалидов с нарушением функции слуха (1,1 %), затем у инвалидов по зрению (1,0 %).

Нуждаемость в мероприятиях по производственной адаптации определена в 19333 ИПРА, что составило 84 % от ИПРА с профессиональной реабилитацией. Чаще всего, одновременно рекомендуются мероприятия по социально-психологической адаптации и социально-производственной адаптации. Комплекс мероприятий включает не только социально-психологическое сопровождение инвалида, но и социальную поддержку инвалида наставником, при адаптации на рабочем месте, контроль и курирование профессиональных обязанностей инвалидами, способными выполнять трудовую деятельность в специально созданных условиях при помощи других лиц.

Заключение. Таким образом, потребность в мероприятиях по профессиональной реабилитации по результатам медико-социальной экспертизы выявлена в половине случаев, в основном это инвалиды 3 группы трудоспособного возраста. Наибольшая потребность имеется в мероприятиях по производственной адаптации (84 %), затем в содействии по труду (54,3 %). Наибольшая потребность в создании специальных рабочих мест выявлена у инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Оптимальный перечень мероприятий по профессиональной реабилитации в ИПРА способствует более рациональному труду инвалидов.

КОНКУРС «АБИЛИМПИКС» КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

*ФКПОУ «Новокузнецкий государственный
гуманитарно-технический колледж-интернат» Минтруда России¹,
Кузбасский гуманитарно-педагогический институт
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет»²,
г. Новокузнецк, Россия*

Аннотация. В статье рассматривается вопрос конкурса профессионального мастерства «Абилимпикс» с точки зрения педагогических процессов. Актуальность данной проблемы характеризуется востребованностью конкурсного движения в современном образовании. В заключение приводится связь конкурсного движения с проектами и законами всероссийского масштаба. Использовались следующие методы исследования: анализ-синтез, обобщение.

Ключевые слова: абилимпикс, конкурсы профессионального мастерства, профориентация, профессиональное образование.

Romanovskii S.A.¹, Grisman S.S.^{1,2}

COMPETITION «ABILYMPICS» AS A TOOL FOR VOCATIONAL REHABILITATION

*Novokuznetsk State Humanitarian and Technical Boarding College,
Ministry of the Labour of the Russian Federation¹,
Kuzbass Humanitarian Pedagogical Institute
of Kemerovo State University²,
Novokuznetsk, Russia*

Abstract. The article studies the problem of «Abilympics» professional skills competition from the point of view of pedagogical processes. The relevance of this problem is defined by the demand for competitive movement in modern education. The conclusion describes the relationship between competitive movement and projects and laws on a national scale. The following research methods were used: analysis-synthesis, generalization.

Keywords: abilympics, professional skill competition, career guidance, vocational education.

Введение. Согласно статистическим данным, инвалиды и люди с ограниченными возможностями здоровья составляют более 8 % общей численности населения страны. С экономической точки зрения этот процент очень высокий. Поэтому огромное значение для общества имеет решение проблемы профессиональной реабилитации, социализации и занятости данной части общества.

Для решения вышеперечисленных проблем необходимо, прежде всего, изменить отношение общества к инвалидам, сформировать равноправное отношение к ним в вопросах

трудоустройства и профессиональной реабилитации. В данный момент можно заметить положительные изменения восприятия обществом людей с особыми потребностями.

Изменение в отношении общества к трудностям людей с особыми образовательными потребностями, понимание необходимости их масштабного включения в социум произошло благодаря вступлению Российской Федерации в мировое экономическое сообщество и последующим общественным преобразованиям.

Отдельно уделяется внимание вопросу профессионального становления и трудоуст-

ройства лиц с инвалидностью. Одним из механизмов реализации задачи профессиональной реабилитации и трудоустройства являются конкурсы профессионального мастерства. Конкурсы по профессиональному мастерству среди инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья «Абилимпикс» проводятся под патронажем Администрации Президента Российской Федерации и Министерства просвещения Российской Федерации.

Цель данной работы состоит в исследовании влияния конкурса профессионального мастерства «Абилимпикс» на процесс профессиональной реабилитации лиц с особыми потребностями.

Материал и методы: анализ-синтез, обобщение.

Результаты. Конкурс предусматривает участие в трех категориях по образовательному уровню: школьники, студенты и специалисты. Практика показывает, что большинство участников относятся к категории студентов, либо имеют среднее профессиональное образование. Студенты высших учебных заведений составляют лишь незначительную часть.

Таким образом процесс профессионального становления и формирования курса профессионального развития начинается еще на этапе обучения по специальности. Одним из основных инструментов получения профессиональных навыков и практического опыта для лиц с инвалидностью и людей с ограниченными возможностями здоровья можно считать конкурс профессионального мастерства «Абилимпикс». Отборочные соревнования для выбора участников могут быть проведены внутри учебного заведения. Основные задачи движения «Абилимпикс» в колледже – выявить талантливых, творческих обучающихся, поднять престиж профессии, создать условия для профессионального и творческого роста будущих специалистов. Первым официальным этапом конкурса является участие на региональном уровне, что в значительной степени выполняет вышеперечисленные задачи. После победы на региональном уровне открывается перспектива участия на национальном и даже международном уровне.

Подготовка к участию в международном чемпионате является уникальной возможностью для формирования профессиональных и личностных компетенций, а также самостоятельного осознанного профессионального вы-

бора. Преимущество конкурса профессионального мастерства в соревновательном процессе – объективная оценка работ конкурсантов. Сам подход к оценке профессиональных качеств конкурсантов, формат проведения соревнований, критериальные показатели компетенций легли в основу решения извечной проблемы сопряжения требований Федеральных государственных образовательных стандартов и реальной производственной (трудовой) среды, предполагающей активную заинтересованность со стороны работодателей, получившую документальное воплощение в форме профессиональных стандартов.

Совместить процесс подготовки к конкурсу с учебным процессом проблематично. Однако последние изменения в образовательных стандартах направлены на интеграцию конкурсных заданий в изучаемые модули.

Конкурсы профессионального мастерства, как форма внеурочной деятельности, помогают успешно решать задачи повышения качества подготовки.

Отдельного рассмотрения заслуживает вопрос мотивации учащихся к участию. Конкурсы профессионального мастерства, показывая результаты и достижения участников, помогают решить это.

В целом, развитие движения «Абилимпикс» явилось реальным фактором в повышении престижа профессионального образования и стимулом к повышению мотивации обучения.

Важное место занимает вопрос адаптации и социализации обучающихся с особыми образовательными потребностями. Интеграция образовательной среды и конкурсов профессионального мастерства способствует подготовке специалистов, способных адаптироваться под современные условия работы.

К числу эффективных механизмов социализации и профессиональной реабилитации лиц с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья, развития их субъектной активности и, следовательно, приобретения субъектного опыта профессионально-личностного саморазвития, является включение их в конкурсные движения профессионального мастерства «Абилимпикс».

Движение «Абилимпикс» – это далеко не только конкурсы и мероприятия, проводимые один раз в году. «Абилимпикс» сегодня – это постоянно действующие профориентационные площадки, тренировочные сборы, тренин-

ги, работа по трудуоустройству участников.

В рамках чемпионатов проводятся соревнования по прикладным и профессиональным компетенциям, востребованным на рынке труда, мастер-классы, семинары, тренинги по развитию различных навыков, ярмарка вакансий.

Чемпионат профессионального мастерства «Абилимпикс» (независимо от этапов проведения), относится к мерам профессиональной реабилитации, т.е. профессиональной ориентации, профессионального обучения и содействия занятости и адаптации на рабочем месте, что само по себе является первым шагом к реализации профессиональной деятельности, в профессиональную жизнь, самостоятельность, со сложившимся собственным мнением и взглядом. Именно на площадках конкурсов работодатели или их представители могут найти для себя перспективные кадры.

Образование и занятость – два взаимосвязанных фактора, которые имеют принципиальное значение для роста и развития человека. Профессиональное самоопределение – это связующее звено между этими факторами.

Педагогические исследования в области профориентации (Елькина О.Ю., Костаева Т.В., Тихонов Э.А., Поров Д.В., Шляпина С.Ф., Чистякова С.Н., Климов Е.А., Лернер П.С.) рассматривают профессиональный выбор как соответствие индивидуальных возможностей личности и их профессиональной востребованности в современном обществе.

Объектами этого движения являются обучающиеся школ, средних профессиональных и высших учебных заведений и работающие инвалиды; субъектами этого движения являются не только специалисты образовательных организаций, но и работодатели и политики многих стран.

«Абилимпикс» – это огромнейшая площадка для работодателей и потенциальных работников.

Движение «Абилимпикс» помогает людям с инвалидностью и проблемами здоровья почувствовать свою успешность, продемонстрировать обществу достижения в определённой профессиональной области, чтобы потом иметь возможность занять достойное место в социуме и идти по жизни с уверенностью, что в любых обстоятельствах можно добиться профессионального и жизненного успеха.

Создание в Российской Федерации системы конкурсов профессионального мастерства

для людей с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья «Абилимпикс» позволило обеспечить формирование эффективной профессиональной ориентации и мотивации людей с инвалидностью к получению профессионального образования, участвовать и содействовать в процессе их трудуоустройства и социокультурной инклюзии в обществе.

Правильно выбранная профессия повышает самоуважение и позитивное представление о себе, сокращает частоту физических и психических проблем, связанных со здоровьем, усиливает удовлетворенность жизнью.

Выводы. Конкурсы профессионального мастерства становятся неотъемлемой частью современного профессионального образования. С каждым годом увеличивается количество представленных компетенций, растет число участников, все больше образовательных организаций присоединяется к конкурсному движению «Абилимпикс».

Конкурс профессионального мастерства «Абилимпикс» является частью инициативы «Престиж рабочих профессий» национального проекта «Образование». «Стратегия развития среднего-профессионального образования до 2030 года» включает в себя пять приоритетных направлений, одно из которых – развитие культуры профессиональных соревнований, что говорит о дальнейшей востребованности конкурсного движения «Абилимпикс». Также «Абилимпикс» проводится в рамках проектов платформы «Россия – страна возможностей». Включение данного конкурса в приказы Министерства просвещения РФ «Об утверждении перечня олимпиад и иных интеллектуальных и (или) творческих конкурсов, мероприятий, направленных на развитие интеллектуальных и творческих способностей, способностей к занятиям физической культурой и спортом, интереса к научной (научно-исследовательской), инженерно-технической, изобретательской, творческой, физкультурно-спортивной деятельности, а также на пропаганду научных знаний, творческих и спортивных достижений» с 2018 г. показывает заинтересованность им на федеральном уровне.

Изучение и анализ научной литературы показал малую изученность проблемы конкурса профессионального мастерства «Абилимпикс» в российских исследованиях. Следует отметить, что конкурс «Абилимпикс» положительно влияет на такие процессы, как адапта-



ция, социализация, мотивация, формирование компетенций, профориентация, профессиональная реабилитация, трудоустройство и социализация.



УДК 796/799: 331.582.2

Илющенко Е.С.

СОЦИОКУЛЬТУРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ ЧЕРЕЗ ЗАНЯТИЯ ДЕКОРАТИВНО-ПРИКЛАДНЫМ ТВОРЧЕСТВОМ

*ФКПОУ «Новокузнецкий государственный гуманитарно-технический колледж-интернат» Минтруда России,
г. Новокузнецк, Россия*

Аннотация. В работе рассматривается социокультурная реабилитация инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) через проведение мастер-классов по декоративно-прикладному творчеству, представлены основные принципы их организации, приведены примеры результатов их проведения на примере студентов ФКПОУ «НГГТКИ» Минтруда России.

Ilyushchenko E.S.

SOCIAL AND CULTURAL REHABILITATION OF DISABLED PERSONS AND PEOPLE WITH HEALTH LIMITATIONS THROUGH ARTS AND DECORATION

*Novokuznetsk State Humanitarian and Technical Boarding College,
Ministry of the Labour of the Russian Federation,
Novokuznetsk, Russia*

Abstract. The paper describes social and cultural rehabilitation of disabled persons and people with health limitations through arts and decoration master classes, the basic principles of the master classes are presented, the results of these activities are presented by the example of the students of Novokuznetsk State Humanitarian and Technical Boarding College.

Введение. По данным Федеральной службы государственной статистики за 2021 г., около 80 человек из тысячи имеют инвалидность. Но, несмотря на улучшение качества медицины, условий труда и общего уровня жизни, инвалиды и лица с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) часто продолжают испытывать проблемы в саморе-

ализации – заболевание полностью замыкает на себе все интересы человека, сужает круг общения и обеспечивает замкнутую закрытую жизнь. Это сказывается не только на характере инвалида, но и на его отношении к жизни.

Социокультурная реабилитация – это целостный комплекс мероприятий, оказывающий помочь инвалиду для достижения эле-

ментарных услуг, которые способствуют более высокой степени участия в социальных и общекультурных отношениях. Данная реабилитация повышает интерес к жизни, формирует пакет запросов, учит уверенности и открытости, расширяет кругозор.

Цель. Помощь в формировании новых взглядов на жизнь и развитии личности у инвалидов и лиц с ОВЗ через реализацию творческого потенциала.

Материал и методы. Анализ и обобщение публикаций по теме исследования, результатов собственного опыта работы.

Результаты. Одним из направлений социокультурной реабилитации является декоративно-прикладное творчество (ДПТ), которое можно реализовать на занятиях в творческих группах, меняя виды работ. К таким занятиям относятся: мастер-классы, клубы по интересам, индивидуальные проекты, конкурсы творческих работ и т.д. Остановимся подробнее на мастер-классах.

Мастер-класс – это короткое занятие, на котором педагог показывает новую технологию или метод изготовления какого-то определенного предмета. Используя свой опыт и отработанные годами навыки, педагог создаёт конечный результат в виде изделия, как эталон.

При организации мастер-классов по ДПТ необходимо придерживаться определенных принципов:

- видеть в каждом уникальную личность, уважать, понимать, и принимать его;
- создавать в процессе совместной деятельности атмосферу доверия;
- помогать людям в обретении уверенности в себе;
- учить видеть личность как в себе самом, так и в окружающих;
- доставлять радость общения, познания и совместной деятельности.

Основной алгоритм подготовки преподавателя к мастер-классу: 1) продумать тему и по-

добрать необходимый материал; 2) продумать технологию изготовления; 3) уточнить слабые места; 4) продумать задания разного уровня сложности и определить время.

На мастер-классах по ДПТ у каждого студента есть возможность своими руками создать полезные и интересные изделия, которые будут дарить тепло, уют и хорошее настроение. Проводимые занятия способствуют развитию мелкой моторики, оказывая положительное влияние на речевые зоны коры головного мозга, способствуют развитию логического мышления, воображения, волевых качеств (усидчивости, терпения, умения доводить работу до конца), художественных способностей и эстетического вкуса. На занятиях студенты приобретают практические навыки: владение иглой и ножницами, работа по трафаретам, ориентирование по схеме.

Усилия, прикладываемые студентами, чтобы перебороть стеснение, настроиться на результат, уложиться во времени, дисциплинируют студентов, заставляют посмотреть на себя с другой стороны. Многие из инвалидов начинают понимать, что им нравится что-то делать своими руками, они в этот момент открывают в себе совсем другие способности, все неприятности начинают отступать.

Заключение. Занятие декоративно-прикладным творчеством не только полезно инвалидам и лицам с ОВЗ, но и необходимо, так как даёт им надежду на поиск новых решений в своей жизни, формирует способность посмотреть на себя со стороны, поднимает самооценку и просто развивает человека духовно.

Уверенность в себе и самооценка оказывают влияние как на адаптацию инвалида, так и на реабилитационный процесс, способствуя тем самым его возвращению в общество и достижению самореализации. Когда речь идёт о творчестве, ограничения жизнедеятельности отступают на задний план, а иногда не имеют никакого значения.



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Алтайскому краю» Минтруда России,
г. Барнаул, Россия*

Аннотация. Изучена потребность инвалидов с нарушением зрения в профессиональной реабилитации. Определено, что проведение активного информирования граждан об организациях, осуществляющих реабилитационные мероприятия, приводит к увеличению доли работающих граждан с инвалидностью.

Ключевые слова: профессиональная реабилитация, профессиональная реабилитация инвалидов, инвалидность по зрению.

Lazarenko A.S., Leonteva A.A.

VOCATIONAL REHABILITATION FOR THE VISUALLY IMPAIRED PERSONS IN THE ALTAI TERRITORY

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of the Altai Territory, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Barnaul, Russia*

Abstract. The need of visually impaired persons for professional rehabilitation has been studied. It is determined that actively informing citizens about organizations that provide rehabilitation measures leads to a higher percentage of working citizens with disabilities.

Keywords: vocational rehabilitation, vocational rehabilitation of the disabled persons, visual impairment.

Введение. Основной целью профессиональной реабилитации является достижение инвалидом конкурентоспособности на рынке труда, материальной независимости, самообеспечения и интеграции в общество. В Алтайском крае доля инвалидов по зрению трудоспособного возраста ежегодно увеличивается (с 25,5 % в 2018 г. до 33,1 % в 2021 г.). Особенностью данной категории граждан является то, что даже при наличии стойких значительно выраженных нарушений сенсорных функций у них сохраняется способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях с использованием вспомогательных технических средств. Тем не менее, вовлеченность инвалидов по зрению в трудовую деятельность остается относительно не высокой.

Материал и методы. Изучены акты и протоколы проведения медико-социальной экспертизы (МСЭ), индивидуальные программы реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалида граждан трудоспособного возраста, признанных инвалидами по зрению в период с 2018 г. по 2021 г.

Результаты. Анализ показал, что в 2018–2021 гг. потребность инвалидов по зрению трудоспособного возраста в различных видах профессиональной реабилитации в среднем составила 87,2 %. Практически всем инвалидам определялась нуждаемость в мероприятиях по содействию в трудоустройстве (99,2 %) и производственной адаптации (92,6 %). В динамике отмечалось увеличение потребности в профессиональной ориентации (от 7,8 % до 27,0 %); снизилось количество рекомендаций по условиям организации обучения (с 6,5 % до



3,6 %).

Помимо разработки программы реабилитации специалистами бюро МСЭ офтальмологического профиля со всеми инвалидами по зрению трудоспособного возраста проводится активная информационная работа: по возможностям профессионального обучения и профессиональной адаптации на базе Бийского филиала им. М.Н.Наумова ЧОУ ДПО “Центр реабилитации слепых” Общероссийской общественной организации инвалидов “Всероссийское ордена Трудового Красного Знамени общество слепых” (Бийский филиал ЦРС ВОС), где обучение ведется по профессиям вязальщик, изготовитель художественных изделий из кожи, косметик, мастер по бисероплетению, обувщик по ремонту обуви, оператор ЭВМ, переплетчик, социальный работник, мастер столярно-мебельного дела (продолжительность обучения по курсу от 2,5 до 5 месяцев); по получению помощи в трудоустройстве на предприятия ВОС (г. Барнаул, г. Бийск, г. Рубцовск), в общественные организации различной социальной направленности, на квотированные рабочие места для инвалидов, на открытом рынке труда, а также в осуществлении предпринимательской деятельности и организации самозанятости. Кроме того, в холле бюро МСЭ офтальмологического профиля, а также на сайте Учреждения размещена информация об учебных заведениях, находящихся на территории Российской Федерации, обучающих слабовидящих и слепых. Соглас-

но опросу, большинство граждан с инвалидностью отмечают важность и необходимость предоставляемой им информации.

Анализ реализации мероприятий профессиональной реабилитации показывает, что среди повторно признанных инвалидами по зрению ежегодно увеличивается доля работающих граждан с 14,3 % в 2018 г. до 26,5 % в 2021 г. При этом в среднем 58,6 % граждан работают в своей профессии (29,9 % с уменьшением объема трудовой деятельности и 28,7 % – в прежнем объеме), 33,6 % – в другой профессии (14,0 % с уменьшением объема трудовой деятельности и 19,6 % – в прежнем объеме).

Заключение. Потребность инвалидов по зрению трудоспособного возраста в мерах реабилитации очень высока (87,2 %). Формирование полных, рациональных и корректных рекомендаций по профессиональной реабилитации с указанием доступных инвалиду по состоянию здоровья условий труда, определением нуждаемости в профессиональной ориентации, содействии в трудоустройстве путем постановки на учет в органах занятости, необходимости оснащения (оборудования) специального рабочего места для трудоустройства инвалида, подкрепленное активным информированием граждан об организациях, осуществляющих реабилитационные мероприятия, обеспечивает повышение эффективности реализации ИПРА и приводит к увеличению доли граждан с инвалидностью по зрению, вовлеченных в трудовую деятельность.



МЕРОПРИЯТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В РАМКАХ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Чувашской Республике – Чувашии» Минтруда России,
г. Чебоксары, Россия*

Аннотация. В исследовании рассматриваются мероприятия профессиональной реабилитации, рекомендуемые бюро медико-социальной экспертизы в рамках индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида старше 18 лет.

Ключевые слова: профессиональная реабилитация, профессиональная ориентация, мероприятия, общее образование, профессиональное образование, профессиональное содействие, трудовое устройство, производственная адаптация.

Mitina K.A.

MEASURES OF VOCATIONAL REHABILITATION WITHIN THE INDIVIDUAL PROGRAM OF REHABILITATION OR HABILITATION OF A DISABLED PERSON

*Main Bureau of Medical and Social Evaluation
of the Republic of Chuvashia, Ministry of Labour of the Russian Federation,
Cheboksary, Russia*

Abstract. The study examines the activities of vocational rehabilitation recommended by the Bureau of Medical and Social Expertise as part of an individual rehabilitation or habilitation program for a disabled person over 18 years.

Keywords: vocational rehabilitation, professional orientation, measures, general education, vocational education, professional assistance, employment, industrial adaptation.

Введение. В современных экономических условиях трудовая профессиональная сфера предъявляет новые требования к работникам с ограниченными возможностями здоровья, направленные на повышение уровня их образования и квалификации, а также мобильности и адаптивности во внешней среде. В связи с чем политика государства должна быть направлена на решение проблем лиц с инвалидностью, в том числе с помощью мероприятий профессиональной реабилитации в рамках индивидуальной программы реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалида.

Материал и методы. Исследование сплошное; данные форм федерального государствен-

ного статистического наблюдения № 7-собес, Федеральная государственная информационная система «Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы» (ФГИС ЕАВИИАС) МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике – Чувашии» Минтруда России. Методы исследования: выкопировка данных, расчет экстенсивных показателей, относительная статистика, сравнительный анализ.

Результаты. Мероприятия профессиональной реабилитации – это комплекс мероприятий, направленных на восстановление способности инвалида в доступных ему по состоянию



здоровья условиях труда, на максимально возможное включение в трудовую деятельность с учетом имеющихся нарушений функций организма и ограничений способности к трудовой деятельности с целью достижения конкурентоспособности на рынке труда, материальной независимости, самообеспечения и интеграции в общество.

В соответствии с федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.12.2005 г. № 2347-р инвалиды и дети-инвалиды обеспечиваются профессиональной ориентацией (профессиональное обучение, переобучение, повышение квалификации).

Услуги по профессиональной реабилитации осуществляются в соответствии с мероприятиями профессиональной реабилитации, предусмотренными программой профессиональной реабилитации инвалида (ребенка-инвалида), и включают в себя профессиональную ориентацию; профессиональное образование и профессиональное обучение и (или) переобучение; содействие трудовому устройству; производственную адаптацию.

В Чувашской Республике в 2021 г. лицам старше 18 лет всего разработано ИПРА 23301 инвалиду, в 2020 г. – 17827 инвалидам, в 2019 г. – 16000 инвалидам. Разработаны ИПРА с заключениями о нуждаемости в мероприятиях профессиональной реабилитации в 2021 г. – 12246 инвалиду, в 2020 г. – 7858 инвалидам, в 2019 г. – 7494 инвалидам. Рекомендована нуждаемость в профессиональной ориентации в 2021 г. – 5499 инвалидам, в 2020 г. – 2921 инвалиду, в 2019 г. – 2372 инвалидам; содействие в трудоустройстве в 2021 г. – 5678 инвалидам, в 2020 г. – 2934 инвалидам, в 2019 г. – 2376

инвалидам. Дано заключений о нуждаемости в проведении мероприятий по общему и профессиональному образованию в 2021 г. – 203 инвалидам, в 2020 г. – 163 инвалидам, в 2019 г. – 110 инвалидам.

Тенденция к увеличению разработанных мероприятий профессиональной реабилитации по Чувашской Республике (в 1,56 раза по сравнению с 2020 г.) связана с увеличением количества проведенных медико-социальных экспертиз в соответствии с постановлением Правительства РФ от 16.10.2020 г. № 1697 «О Временном порядке признания лица инвалидом».

Реквизитами ИПРА также предусмотрены следующие виды рекомендаций, которые определяются инвалидам (детям-инвалидам) в рамках мероприятий профессиональной реабилитации:

- рекомендации по оснащению (оборудованию) специального рабочего места для трудоустройства инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений их жизнедеятельности даны в 2021 г. – 520 инвалидам, в 2020 г. – 225 инвалидам, в 2019 г. – 159 инвалидам;

- рекомендации по производственной адаптации (нуждаемость в проведении социально-психологической, социально-производственной адаптации) даны в 2021 г. – 6463 инвалидам, в 2020 г. – 2988 инвалидам, в 2019 г. – 2226 инвалидам.

Заключение. Таким образом, восстановление трудоспособности инвалида в доступных ему по состоянию здоровья условиях труда и включения в трудовую деятельность с учетом имеющихся нарушений функций организма и ограничений к трудовой деятельности приводит к достижению им конкурентоспособности на рынке труда, материальной независимости, самообеспечению и интеграции в общество.



СИСТЕМА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО
СОПРОВОЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ СТУДЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ
ФКПОУ «НОВОКУЗНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ГУМАНИТАРНО-ТЕХНИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ-ИНТЕРНАТ»
МИНТРУДА РОССИИ

*ФКПОУ «Новокузнецкий государственный
гуманитарно-технический колледж-интернат» Минтруда России
г. Новокузнецк, Россия*

Аннотация. В данной статье описана система психолого-педагогического сопровождения социальной и профессиональной реабилитации студентов с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и инвалидностью в условиях колледжа-интерната, которая содержит решение взаимодополняющих задач, в том числе помочь и поддержка в сфере психологической адаптации инвалидов, их профессиональное ориентирование и самоопределение.

Radkevich T.A., Shitova E.S.

THE SYSTEM OF PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL
SUPPORT FOR SOCIAL AND VOCATIONAL REHABILITATION
OF STUDENTS WITH DISABILITIES AT NOVOKUZNETSK STATE
HUMANITARIAN AND TECHNICAL BOARDING COLLEGE OF
THE MINISTRY OF THE LABOUR OF RUSSIA

*Novokuznetsk State Humanitarian and Technical Boarding College,
Ministry of the Labour of the Russian Federation,
Novokuznetsk, Russia*

Abstract. This article describes the system of psychological and pedagogical support for the social and vocational rehabilitation of students with disabilities and health limitations within a boarding college. The system contains the solution of complementary tasks, including assistance and support in the psychological adaptation of the disabled persons, their professional orientation and self-determination.

Введение. Профессиональное обучение инвалидов является одной из составляющей профессиональной реабилитации и позволяет людям с ограниченными возможностями обрести независимость и экономическую самостоятельность, обеспечить возможность интеграции их в общество. Действующие льготы для инвалидов при поступле-

нии в средние специальные и высшие образовательные заведения не снимают проблему получения ими профессионального образования, так как возникают финансовые, социальные и психологические барьеры.

Образование людей с ограниченными возможностями физического здоровья – трудное испытание, и результат в большинстве зави-

сит от усилий и поддержки родителей, семьи и системы психолого-педагогического сопровождения.

Цель: обосновать систему психолого-педагогического сопровождения социальной и профессиональной реабилитации студентов с ограниченными возможностями здоровья.

Материал и методы. Анализ и обобщение данных научных публикаций и результатов собственной работы.

Результаты. В результате целенаправленного психологического сопровождения студентов с момента поступления до выпуска определяются пути и методы их поддержки и развития, создаются условия социальной значимости для студентов инвалидов, приобретаются дополнительные навыки социальной жизни, удовлетворяется личная образовательная потребность, что выводит личность на новый уровень.

Целью данной системы является психологическая помощь, поддержка и сопровождение в профессиональном самоопределении и профессиональной подготовке студентов с ограниченными возможностями физического здоровья, социальная адаптация, которая решается через следующие задачи:

1. Обеспечение психологической поддержки и развитие психолого-педагогической компетентности всех участников образовательного процесса в реализации профессионального обучения студентов с ограниченными возможностями физического здоровья в колледже.

2. Обеспечение психологической помощи и содействие развитию активной жизненной позиции студентов-инвалидов в соответствии со структурой дефекта и возможностями здоровья.

Многолетняя практика работы с инвалидами способствовала созданию системы психологического сопровождения студентов в период их обучения в колледже, которая состоит из трех этапов:

- адаптация;
- стабилизация;
- подготовка к выпуску.

На этапе адаптации проводится большая работа по коррекции и просвещению, а именно: даются рекомендации по заселению и расселению обучающихся с учетом их психологических особенностей в комнаты общежития; проводятся собеседования групповые и инди-

видуальные; социальные часы; тренинги на сплочение групп, на толерантность; составляются рекомендации участникам образовательного процесса. Особый акцент уделяется снятию тревожности у первокурсников с учетом темперамента и принятия индивидуальных особенностей каждого студента.

Этап адаптации постепенно, в зависимости от индивидуальных качеств личности, переходит в этап стабилизации.

Второй этап – стабилизация, предполагает закрепить положительные результаты периода адаптации, способствовать развитию навыков эффективного общения, определению индивидуальной образовательной траектории, формированию психологической готовности к самореализации, саморазвитию, через участие студентов в научно-практических конференциях, культурно-досуговой деятельности, в инваспорте и общественно-полезных и социально-значимых мероприятиях.

Завершающий этап – подготовка к выпуску, имеет цель в помощи построения и реализации личностно-профессиональных и жизненных целей и перспектив. Приоритетным на данном этапе является способствование формированию психологической готовности выпускников к активному поиску работы, стрессоустойчивости при защите квалификационной выпускной работы и дальнейшем трудуоустройстве.

Общими для всех этапов психолого-педагогического сопровождения, независимо от срока обучения, являются следующие направления работы:

- мониторинговые исследования профессионально важных качеств личности;
- профилактическая работа по преодолению социально-негативных явлений в студенческой среде;
- психологическая помощь и поддержка студентов, оказавшихся в трудной жизненной ситуации;
- содействие в разрешении конфликтов;
- формирование социально-психологической компетентности участников образовательного процесса;
- содействие в формировании активной жизненной позиции.

Важно, что все этапы данной системы психолого-педагогического сопровождения логически взаимосвязаны, между ними существует преемственность. Этапы не имеют четких време-



менных границ перехода из одного в другой из-за психологических и физических особенностей студентов.

Вывод. Результатом реализации системы поэтапного психологического сопровождения является умение выпускников адаптироваться

в социуме, их психологическая готовность к профессиональной деятельности, к реализации своего личностного и профессионального потенциала, мобильному реагированию на изменения, происходящие на рынке труда.



УДК 377.6:745.51

Сергеева Т.С.

ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ РОСПИСИ ПО ДЕРЕВУ В УСЛОВИЯХ КОЛЛЕДЖА-ИНТЕРНАТА

*Федеральное казённое профессиональное образовательное учреждение
«Новокузнецкий государственный гуманитарно-технический колледж-интернат»
Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации
г. Новокузнецк, Россия*

Аннотация. Цель исследования – изучение особенностей группы способностей (интеллектуальных, двигательных, творческих) студентов с диагнозом детский церебральный паралич (ДЦП) в условиях колледжа-интерната и дальнейшая разработка заданий и упражнений для обучения в рамках индивидуального подхода. В статье дается определение термину «детский церебральный паралич», описание часто встречающейся формы ДЦП среди студентов НГГТКИ, особенностей организации образовательного процесса.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, образовательный процесс, мышление, мелкая моторика, индивидуальный подход.

Sergeeva T.S.

SPECIAL ASPECTS OF TEACHING WOOD PAINTING WITHIN A BOARDING COLLEGE AMONG STUDENTS DIAGNOSED WITH CEREBRAL PALSY

*Novokuznetsk State Humanitarian and Technical Boarding College,
Ministry of the Labour of the Russian Federation,
Novokuznetsk, Russia*

Abstract. The purpose of the research is to study the peculiarities of group of abilities (intellectual, motor, creative) in students with cerebral palsy within boarding college and develop tasks and exercises within the framework of an personalized approach. The article defines the term cerebral palsy, describes the common form of cerebral palsy among Novokuznetsk State Humanitarian and Technical Boarding College students and peculiarities of the educational process.

Keywords: cerebral palsy, educational process, brainwork, dexterity, personalized approach.

Введение. В Новокузнецком государственном гуманитарно-техническом колледже-интернате обучаются студенты с диагнозом «Детский церебральный паралич» (ДЦП). Широкая вариабельность клинической картины ДЦП обусловлена различиями в распространенности и тяжести поражения нервной системы, особенностями созревания мозга в патологических условиях. Это объясняет различия в интеллектуальной сфере и, соответственно, качественно разные результаты обучения. В зависимости от клинической формы заболевания и психических способностей целесообразно применять отличительные друг от друга методы и формы обучения, реализуя, тем самым, индивидуальный подход для наиболее эффективных результатов.

Целью данной работы явилось изучение особенностей группы способностей (интеллектуальных, двигательных, творческих) студентов с диагнозом ДЦП в условиях колледжа-интерната и дальнейшая разработка заданий и упражнений для обучения в рамках индивидуального подхода.

Материал и методы. Проведен анализ наблюдений за процессом работы студентов с диагнозом ДЦП на занятиях в рамках профессиональных модулей профессии «Художник росписи по дереву».

Результаты. В ходе анализа выполненных студентами с ДЦП заданий и упражнений установлено, что типичные ошибки связаны с нарушением пространственного восприятия: сложности при анализе и воспроизведении формы изображения и его элементов, трудности в построении и использовании вспомогательных линий, непонимание пропорциональных отношений элементов композиции и др.

Нарушения локомоторных функций объясняют пониженный уровень развития мелкой моторики, что так же приводит к типичным ошибкам пространственного восприятия и усугубляет их. Часто встречающаяся проблема в данном случае – трудности при работе с калькой (перенос рисунка на кальку, перенос рисунка с кальки на бумагу или заготовку) и чертежными инструментами (линейка, циркуль).

Творческие проявления в работах студентов с ДЦП примитивны, самостоятельные композиционные или цветовые решения встречаются редко, но при их наличии зачастую неверны

вследствие плохого запоминания правил цветоведения и композиции, а также слаборазвитого процесса анализа/синтеза и самокритичности.

На основе изученной литературы о формах данного заболевания и наблюдавших у студентов особенностях были определены задания и упражнения, цель которых – обеспечить реализацию индивидуального подхода в обучении.

Обучение строится по типу модульного, блочного, когда определенная тема разбивается на части по принципу «от простого к сложному».

Занятия по построению орнамента строятся на демонстрации приемов и принципов построения орнаментов. Для студентов с диагнозом ДЦП объяснения дублируются в индивидуальном порядке максимально доступной пошаговой инструкцией по выполнению задания с ориентиром на развитие пространственного восприятия и наглядно-действенного мышления. Помимо основных домашних заданий даются дополнительные графические упражнения с целью развития мелкой моторики рук. Примеры графических упражнений: расчертить по линейке альбомный лист по заданным размерам, закрасить красками получившиеся фигуры, обвести контур по линиям построения; закрасить красками любую фигуру, не выходя за контур; копирование с помощью кальки.

Занятия по изучению техники росписи проходят следующим образом: отработка характерного мазка (с растяжкой/переходом цвета, пластичного), отработка декоративных элементов, изучение и отработка простых элементов композиции изучение и отработка сложных элементов композиции, построение композиций разного уровня сложности.

На каждом занятии студентам с диагнозом ДЦП в качестве разминки дается упражнение на повтор простых элементов росписи или мазка, тем самым подготавливая руки для дальнейшей работы. После разминки дается основное задание. Помимо основных домашних заданий студенты также должны выполнить дополнительные графические упражнения. Примеры: копирование с помощью кальки, самостоятельное построение композиции по изученному ранее алгоритму, повторное выполнение определенной композиции с исправлением прошлых недостатков и т.д.

В зависимости от общей тяжести заболева-



ния и конкретно от тяжести поражения верхних конечностей прогресс в развитии художественных навыков у студентов наблюдается разный. Некоторым студентам со временем удавалось легче и техничней выполнять мелкие элементы росписей, их работы по качеству выполнения становились более приемлемыми, аккуратными. Некоторым студентам из-за тяжести заболевания данная деятельность давалась тяжело, их работы не отличались особым качеством и аккуратностью. Возможно, для прогресса этим студентам требуется больше времени, чем определено на освоение профес-

ции по Федеральным государственным образовательным стандартам.

Вывод. Несмотря на одинаковый диагноз, все студенты обладают разным уровнем развития тех или иных способностей. Внимательное наблюдение за процессом и результатами их работы, анализ этих наблюдений и учет особенностей студентов представляют собой реализацию индивидуального подхода в обучении и создают основу для более качественного усвоения профессиональных знаний, умений и навыков



СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ	
Бронников В.А., Григорьева М.И., Вайтулевичюс Н.Г., Серебрякова В.Ю. Опыт оказания услуг ранней помощи в форме домашнего визитирования (на материалах Пермского края) г. Пермь, Россия	5
Васильченко Е.М. Модели комплексной реабилитации инвалидов с нарушением функции опоры и движения. Механизмы внедрения г. Новокузнецк, Россия	7
Винин С.Р., Буйневич С.А., Антонова Т.С. Опыт социально-медицинского сопровождения проекта «Микрореабилитационный центр» г. Санкт-Петербург, Россия	10
Гаврилюк О.Н., Ремнева И.В., Родыгина Е.В., Рогова Л.Г., Командина Л.Ю., Блюмина А.Э.. Опыт реализации межведомственного взаимодействия по вопросам сопровождаемого трудоустройства в Кемеровской области – Кузбассе г. Кемерово, Россия	12
Денисова Я.А. Значение системы учета в научной деятельности Федерального Новокузнецкого центра реабилитации инвалидов г. Новокузнецк, Россия	14
Жирохова Т.Н., Никитина И.Ю. Анализ организации сопровождаемого проживания инвалидов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, проживающих в психоневрологических интернатах Вологодской области г. Вологда, Россия	16
Захарова М.В., Карасаева Л.А., Макарова Н.В., Морозова И.В., Мясников И.Р., Романенко Т.М. Реабилитация и абилитация инвалидов и детей-инвалидов в центре социальной реабилитации г. Санкт-Петербурга г. Санкт-Петербург, Россия	19
Золоев Г.К. Проблемные вопросы преемственности разных направлений реабилитации инвалидов с утратой конечности г. Новокузнецк, Россия	22
Карапетян К.К. Международные онлайн-платформы в развитии реабилитационной науки г. Новокузнецк, Россия	25
Карапетян К.К. Реабилитационная наука: современный этап и тенденции развития г. Новокузнецк, Россия	26
Карапетян К.К. Международный опыт формирования системы комплексной реабилитации г. Новокузнецк, Россия	28
Карасаева Л.А. Иновационные аспекты медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов г. Санкт-Петербург, Россия	30
Карасаева Л.А., Горяйнова М.В., Мясников И.Р., Горяйнов И.В. Применение международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в реабилитации с учетом участия медсестер в мультидисциплинарной реабилитационной команде г. Санкт-Петербург, Россия	35
Киреева И.А., Смычек В.Б., Копыток А.В., Лущинская С.И. Организация медицинской реабилитации в Республике Беларусь г. Минск, Республика Беларусь	38
Кожушко Л.А., Кантышева И.Г. Проблемы внедрения сопровождаемого проживания в Российской Федерации г. Санкт-Петербург, Россия	40
Мурзина Т.Ф. Обучение специалистов в области социокультурной реабилитации г. Санкт-Петербург, Россия	42

Олькова Н.В., Муртазина Т.К., Мишкин А.Ж. Первые итоги реализации pilotного проекта по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в Тюменской области г. Тюмень, Россия	44
Старобина Е.М., Гордиевская Е.О. О компетенциях специалистов, занятых в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами г. Санкт-Петербург, Россия	46
Струкова О.Г. Концептуальные подходы к организации оказания услуг по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов г. Москва, Россия	48
Струкова О.Г., Морозова Е.В., Жукова Е.В. Стандарты предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в разрезе целевых реабилитационных групп г. Москва, Россия	50
Травникова Н.Г., Владимирова О.Н., Логинова Е.Т., Родин Е.В. Дополнительное профессиональное образование по вопросам реабилитации для специалистов социальной сферы г. Санкт-Петербург, Россия	52
Шабанова О.А., Иштина И.С., Ходаковский М.Д. Оценка результатов оснащения услугой текстового и аудио-информирования парка общественного транспорта в субъектах Российской Федерации по данным мониторинга планов мероприятий («дорожных карт») по повышению значений показателей доступности для инвалидов г. Санкт-Петербург, Россия	54
Шошмин А.В., Бесстрашнова Я.К., Рожко К.Н. Систематизация услуг как условие развития комплексной реабилитации и абилитации г. Санкт-Петербург, Россия	57
Штепа А.В., Ковалёв В.А., Владимирова О.Н. Информационно-методическое обеспечение в формировании компетенций специалистов по доступной среде г. Санкт-Петербург, Россия	59
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА. СТАТИСТИКА ИНВАЛИДНОСТИ	
Акопян К.С., Колядо А.В., Владимирова И.А., Радина Л.Н. Шизофрения: характеристика первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края, потребность в реабилитации г. Барнаул, Россия	63
Борисов К.А., Бажуткина М.А., Шишкова-Лаврусь М.В. Инвалидизация больных после ортопедической трансплантации сердца г. Самара, Россия	66
Борисов К.А., Низовцева О.О., Рябуха Н.А. Совершенствование деятельности ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Самарской области» Минтруда России по вопросам разработки индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов г. Самара, Россия	68
Гаврилюк О.Н., Козенкова О.В., Родыгина Е.В., Рогова Л.Г., Командина Л.Ю., Ремнева И.В., Блюмина А.Э. Анализ обращений граждан, впервые обратившихся на медико-социальную экспертизу с целью разработки программы реабилитации пострадавшего на период временной нетрудоспособности, за 2015-2021 годы г. Кемерово, Россия	70
Гаврилюк О.Н., Воробьева О.А., Осипова О.И., Савицкая О.Н., Зайцева О.А. Результаты реабилитации пострадавших с профессиональными заболеваниями в 2019-2021 годах г. Кемерово, Россия	72
Гладкова О.В., Бондаренко А.А. Первичная инвалидность взрослого населения Иркутской области вследствие производственных травм в 2019-2021 годах г. Иркутск, Россия	74
Еркинова Е.В., Кононенко Н.А., Течинова Э.М., Штанаков М.В. Анализ динамики первичной инвалидности детского населения Республики Алтай в 2019-2021 годах г. Горно-Алтайск, Россия	76
Жегулева Т.А., Назарова Т.С., Зюкова И.Н. Аспекты реабилитации лиц в возрасте 18 лет, имеющих категорию «ребенок-инвалид», в Новосибирской области за 2018-2021 годы г. Новосибирск, Россия	78

Запарий С.П., Самусенко А.Г. Характеристика общего контингента инвалидов вследствие рассеянного склероза среди взрослого населения города Москвы в период 2014-2021 годов г. Москва, Россия	80
Ильюхин П.А. Структура первичной инвалидности при неэпителиальных злокачественных новообразованиях молочной железы г. Минск, Республика Беларусь	83
Киреева И.А., Смычек В.Б., Копыток А.В. О совершенствовании контроля качества проведения медико-социальной экспертизы в Республике Беларусь г. Минск, Республика Беларусь	84
Козенкова О.В., Селифанова К.Н., Сасс Е.А., Родыгина Е.В., Ремнева И.В. Опыт работы кабинета возврата направлений ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Кемеровской области – Кузбассу» Минтруда России г. Кемерово, Россия	86
Колядо А.В., Владимирова И.А., Малетин С.И., Акопян Т.А. Динамика первичной инвалидности взрослого населения в период реализации ограничительных мер, связанных с распространением коронавирусной инфекции, и изменения законодательства по порядку проведения медико-социальной экспертизы г. Барнаул, Россия	88
Коновалова Н.А. Нуждаемость в мерах реабилитации инвалидов трудоспособного возраста вследствие цереброваскулярной болезни за 2019-2021 годы г. Томск, Россия	91
Копыток А.В., Лущинская С.И., Воронец О.А., Зуева А.В., Якушина Н.А. Особенности первичной инвалидности населения Республики Беларусь г. Минск, Республика Беларусь	93
Кузьменко И.О. Первые итоги применения постановления Правительства РФ от 05.04.2022 № 588 «О признании лица инвалидом» при проведении медико-социальной экспертизы в ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Москве» Минтруда России г. Москва, Россия	95
Лапсарь Е.Д., Соколова О.А., Лылов М.В. Анализ обращений граждан, впервые обратившихся на медико-социальную экспертизу с целью установления группы инвалидности по онкологии с листком нетрудоспособности за 2019-2021 годы г. Кемерово, Россия	98
Мавликаева Ю.А., Плотникова О.А. К вопросу об оценке потребности в мерах комплексной реабилитации лиц с инвалидностью старше 18 лет на региональном уровне г. Пермь, Россия	100
Мухаметзянова А.Р. Антиномия моделей инвалидности г. Саранск, Россия	102
Орешин А.А. Основные показатели исполнения рекомендаций индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида) в комплексной оценке эффективности системы реабилитации инвалидов в Томской области за 2019-2021 годы г. Томск, Россия	104
Пузин С.Н., Шургая М.А., Погосян Г.Э. Злокачественные новообразования в Российской Федерации, ранговое место в структуре инвалидности населения и актуальные подходы к ранней медико-социальной реабилитации с учетом нозологического аспекта г. Москва, Россия	106
Сабирова Э.Р., Низамов Р.Х., Ахмедова Г.М. Исследование показателей инвалидности вследствие перенесенного инсульта и оценка объема реабилитационных мероприятий в рамках гарантированных государством мер социальной поддержки г. Казань, Россия	109
Серен-оол А.Д.-М. Состояние первичной инвалидности у детей вследствие туберкулеза в период 2019-2021 годов по Республике Тыва г. Кызыл, Россия	111
Спиридонова В.С., Мартынова О.Г., Коренкина Н.О. Медико-социальная экспертиза и вопросы комплексной реабилитации при ампутациях конечностей г. Санкт-Петербург, Россия	114

Спиридоноva Л.Ч. Первичная инвалидность вследствие психических расстройств и расстройств поведения среди взрослого населения в Республике Тыва в период 2017-2021 годов г. Кызыл, Россия	116
Тетерина Н.М., Ильясова Д.Э. Первичная инвалидность вследствие злокачественных новообразований среди взрослого населения города Севастополя за 2017-2021 годы г. Севастополь, Россия	120
Тимофеева Д.В. Потребность в комплексной реабилитации на современном этапе у инвалидов с дорсопатиями пояснично-крестцового уровня в Алтайском крае г. Барнаул, Россия	122
Хертек В.А. Первичная инвалидность вследствие цереброваскулярных болезней у взрослого населения Республики Тыва в период 2019-2021 годов г. Кызыл, Россия	124
МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ	
Бабичук Л.Д., Окунев М.И., Боровикова Я.В. Совершенствование системы социальной реабилитации лиц, пострадавших на производстве г. Кемерово, Россия	131
Баландина Ю.Г., Водилова Ю.А., Филатов Е.В. Коррекция спастического синдрома в реабилитации инвалидов с последствиями перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения г. Новокузнецк, Россия	133
Болотов Д.Д. Восстановление социально-средового статуса инвалидов вследствие ампутаций нижних конечностей средствами физической реабилитации г. Москва, Россия	135
Вахрушев А.К., Варфоломеева Е.П. Роль анамнеза в диагностике острого коронарного синдрома г. Новокузнецк, Россия	138
Вахрушев А.К., Янкин А.Ю., Варфоломеева Е.П., Шайхутдинова Д.Н. Липидный спектр крови и данные коронароангиографии у пациентов с острым коронарным синдромом г. Новокузнецк, Россия	140
Веселова Т.С. Роль физиотерапии в реабилитации пациентов с фантомными болями после ампутации г. Санкт-Петербург, Россия	142
Воловец С.А., Бадалов Н.Г., Яшинина Ю.А. Опыт применения низкочастотного электростатического поля в программах реабилитации детей с нарушением двигательной функции опорно-двигательного аппарата г. Москва, Россия	144
Воловец С.А., Бадалов Н.Г. Опыт применения нормобарических гипоксических тренировок в медицинской реабилитации пациентов, перенесших COVID-19 г. Москва, Россия	146
Гайдукова Т.Ю., Куликов А.Г. Реабилитация пациентов после операций на позвоночнике: фокус на современные методики пелоидотерапии г. Москва, Россия	149
Гасанов И.К. Локальная инъекционная терапия супензией бетаметазона при лечении тендинитов длинной головки двуглавой мышцы плеча г. Москва, Россия	151
Дробова Т.В., Цитринов В.А., Гулевич И.И., Кавалерчик Ю.Г. Неврологические осложнения при травмах проксимальных отделов плеча г. Гомель, Республика Беларусь	153
Жатько О.В., Ильяшук Н.А. Особенности нарушений психологического компонента качества жизни пациентов с ампутациями нижних конечностей вследствие травм и заболеваний периферических артерий г. Новокузнецк, Россия	155

Идрисова Л.С., Сулейманов Э.А., Шургая М.А., Пузин С.Н. Инвалидность женского населения вследствие злокачественных новообразований репродуктивной системы в Чеченской Республике г. Москва, г. Грозный, Россия	157
Исанова В.А. Алгоритм непрерывной межведомственной нейрореабилитации: организация, инновационные методы. Отечественный и зарубежный опыт г. Казань, Россия	159
Ишутина И.С., Павлова С.В., Кантышева И.Г., Ходаковский М.Д. Разработка показателей активности и участия лиц с нарушением психической функции в соответствии с доменами международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья г. Санкт-Петербург, Россия	161
Ключко С.В. Использование компьютерных и телекоммуникационных технологий в лечении прогрессирующих сколиозов у подростков г. Пятигорск, Россия	163
Колчева Ю.А., Непомнящая С.А., Адрианов А.В. Применение международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в объективизации двигательных нарушений у детей со спинальными мышечными атрофиями г. Санкт-Петербург, Россия	165
Коновалова Н.Г., Деева И.В., Дробышева Е.Г. Особенности управления креслом-коляской пациентами с тетрапарезом г. Новокузнецк, Россия	167
Коновалова Н.Г. Формирование навыков безопасного пользования креслом-коляской у маломобильных инвалидов с учетом сенсорного и моторного дефицита г. Новокузнецк, Россия	169
Корниенко Л.В., Сергиенко С.В. Влияние различных методов консервативного лечения гонартрозов на постуральную регуляцию г. Мыски, Россия	172
Крамер И.В., Хохлова О.И., Жатько О.В. Факторы, ограничивающие результаты двигательной реабилитации инвалидов с утратой нижней конечности пожилого возраста при первичном протезировании г. Новокузнецк, Россия	174
Лебедева Н.В., Колчева Ю.А., Евсюкова Т.А., Адрианов А.В. Применение международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья при формировании мультидисциплинарной команды специалистов ранней помощи в ведении новорожденных с абстинентным синдромом г. Санкт-Петербург, Россия	176
Малькевич Л.А.1, Корзун О.А.2, Ванда А.С.1, Путиков А.Д. Остеосинтез при переломах костей предплечья как профилактика инвалидности у лиц молодого возраста г. Минск, Республика Беларусь	178
Малькова С.В., Лорер В.В., Шошмин А.В. Применение базового набора международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья при расстройствах аутистического спектра в практике реабилитации и абилитации детей г. Санкт-Петербург, Россия	180
Миненков В.А., Жестикова М.Г., Сытин Л.В., Айкина Т.П., Зорькин И.И. Роль клинического психолога в мультидисциплинарной реабилитационной команде г. Новокузнецк, Россия	182
Осипов Ю.В., Хамко К.М., Лущинская С.И., Воронец О.А. Потребность в реабилитационных мероприятиях инвалидов вследствие травм кисти г. Минск, Беларусь	185
Палаткин П.П., Коновалова Н.Г. Тибиональная нейромодуляция в коррекции нарушений мочеиспускания у пациентов с органической патологией головного мозга г. Новокузнецк, Россия	187
Палаткин П.П., Коновалова Н.Г. Тибиональная нейромодуляция с поддерживающей терапией М-холинолитиком у пациентов с органической патологией головного мозга г. Новокузнецк, Россия	190
Паршуткин В.Е., Буйневич С.А. Игра на электронной барабанной установке как метод физической реабилитации взрослых с последствиями церебрального паралича г. Санкт-Петербург, Россия	193

Петров К.Б., Ивонина Н.А., Митичкина Т.В., Попова Н.В. Двигательные автоматизмы лица, шеи и руки г. Новокузнецк, Россия	194
Петров К.Б., Ивонина Н.А., Митичкина Т.В., Попова Н.В. Опыт реабилитации больного с псевдобульбарным параличом г. Новокузнецк, Россия	196
Подольская К.В. Мотивация принятия и обращения за психологической помощью и копинг-стратегии у больных с травматической болезнью спинного мозга г. Новокузнецк, Россия	199
Помников В.Г., Саковский И.В. Анализ восстановления неврологических функций и нарушения жизнедеятельности у пациентов с церебральным инсультом и новой коронавирусной инфекцией г. Санкт-Петербург, Россия	201
Помников В.Г., Саковский И.В. Возможности восстановления двигательной функции верхней конечности с помощью виртуальной реальности у больных с ишемическим инсультом на этапе ранней реабилитации г. Санкт-Петербург, Россия	203
Соловьёва Ю.М. Рассеянный склероз. Особенности реабилитации. Современный взгляд г. Волгоград, Россия	205
Столов С.В., Макарова О.В. Оценка нарушенных функций у больных хронической сердечной недостаточностью с использованием международной классификации функционирования г. Санкт-Петербург, Россия	209
Фроленко С.Ю., Коновалова Н.Г., Деева И.В., Дробышева Е.Г. Значение постуральной регуляции сидя для формирования навыков пользования креслом-коляской инвалидов с нижней параплегией г. Новокузнецк, Россия	211
Фроленко С.Ю., Деева И.В., Дробышева Е.Г. Физические упражнения, необходимые для обучения пользованию креслом-коляской инвалидов с гемипарезом г. Новокузнецк, Россия	214
Хохлова О.И., Дробышева Е.Г., Старченко О.В. Возможности современных технологий в повышении уровня социально-бытовой адаптации инвалидов с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения г. Новокузнецк, Россия	216
Хохлова О.И., Васильченко Е.М., Якимова М.В., Павленко Л.В., Подольская К.В. Индивидуальный подход к коррекции нарушений психосоциальной адаптации инвалидов с травматической болезнью спинного мозга г. Новокузнецк, Россия	218
Шарапова И.Н., Коновалова Н.Г., Полукарова Е.А. Влияние краниосакральной терапии на спастический синдром при нарушении мозгового кровообращения по ишемическому типу г. Новокузнецк, Россия	220
Шарапова И.Н., Коновалова Н.Г., Полукарова Е.А. Краниосакральная терапия в острый и ранний восстановительный периоды ишемического инсульта г. Новокузнецк, Россия	222
Якимова М.В. Коррекция постстрессовых расстройств с применением методик нейробиоуправления у больных с травматической болезнью спинного мозга г. Новокузнецк, Россия	224
Яшков А.В., Боринский С.Ю. Особенности реабилитации пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава с сопутствующими дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника (hip-spine синдром) г. Самара, Россия	227
ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ	
Балабанова Н.Ю., Дектеренко С.С., Вязанкин А.И. Анализ назначения технических средств реабилитации инвалидам Алтайского края за 2019-2021 годы г. Барнаул, Россия	231

Балабанова Н.Ю., Дектеренко С.С., Вязанкин А.И. Потребность детей-инвалидов в технических средствах реабилитации в Алтайском крае в 2019-2021 годы г. Барнаул, Россия	233
Марченко С.В., Клюева И.В., Родионов В.В. Технические средства реабилитации для детей с неврологическими нарушениями г. Новосибирск, Россия	235
Савинцева О.А., Орешин А.А. Анализ назначения технических средств реабилитации инвалидам из числа взрослого населения Томской области за 2019-2021 годы г. Новокузнецк, Россия	237
Скирмонт Е.И., Голубева Ю.Б., Ладэ А.С., Зарезина Г.Н. Формализация опыта применения цифровых технологий в производстве сложной ортопедической обуви г. Санкт-Петербург, Россия	239
Усенкова И.В., Рычкова Н.М., Кулешова Т.И. Современное состояние системы обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации г. Тюмень, Россия	241
Хохлова О.И., Денисова Я.А. Оценка нуждаемости инвалидов с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения в технических средствах реабилитации г. Новокузнецк, Россия	244
Чернякина Т.С., Колюка О.Е. Иновационные аспекты обеспечения потребности инвалидов в технических средствах реабилитации г. Санкт-Петербург, Россия	246
АМПУТАЦИЯ И ПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОНЕЧНОСТИ	
Батискин С.А. Характеристика факторов, связанных с частотой и уровнем ампутации нижних конечностей г. Новокузнецк, Россия	251
Ключко С.В. Методика подготовки больных сахарным диабетом с ампутационными дефектами нижних конечностей к первичному протезированию г. Пятигорск, Россия	253
Коваль О.А., Батискин С.А Роль хирургических технологий в реабилитации пациентов с критической ишемией конечности г. Новокузнецк, Россия	254
Корнеева С.Ю. Анализ структуры назначений в индивидуальной программе реабилитации или абилитации инвалидов высокотехнологичных протезов верхней и нижней конечности с микропроцессорным управлением за 2019-2021 годы г. Санкт-Петербург, Россия	256
Мясников И.Р. Систематизация барьеров в процессе получения инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья среднего профессионального образования на примере использования международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья г. Санкт-Петербург, Россия	258
Рябоконь А.Г., Доронина О.Е., Кулинич Т.С., Пешкова И.А. Потребность инвалидов Ленинградской области в высокотехнологичных протезах г. Санкт-Петербург, Россия	261
Саликова С.И., Юрьевич Л.В. Анализ потребности в протезировании верхних и нижних конечностей при первичной инвалидности среди взрослого населения Омской области за 2016-2021 годы г. Омск, Россия	263
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ. ТРУДОУСТРОЙСТВО	
Агаркова О.В. Подготовка к конкурсу профессионального мастерства «Абилимпикс» по компетенции «Портной» г. Новокузнецк, Россия	267
Гаврилюк О.Н., Блюмина А.Э., Родыгина Е.В., Рогова Л.Г., Ремнева И.В., Командина Л.Ю. Нуждаемость инвалидов Кемеровской области – Кузбасса в профессиональной реабилитации г. Кемерово, Россия	269

Грисман С.С., Романовский С.А. Конкурс «Абилимпикс» как инструмент профессиональной реабилитации г. Новокузнецк, Россия	271
Илющенко Е.С. Социокультурная реабилитация инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья через занятия декоративно-прикладным творчеством г. Новокузнецк, Россия	274
Лазаренко А.С., Леонтьева А.А. Профессиональная реабилитация инвалидов по зрению в Алтайском крае г. Новокузнецк, Россия	276
Митина К.А. Мероприятия профессиональной реабилитации в рамках индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида г. Чебоксары, Россия	278
Радкевич Т.А., Шитова Е.С. Система психолого-педагогического сопровождения социальной и профессиональной реабилитации студентов с ограниченными возможностями здоровья в условиях ФКПОУ «Новокузнецкий государственный гуманитарно-технический колледж-интернат» Минтруда России г. Новокузнецк, Россия	280
Сергеева Т.С. Особенности обучения студентов с диагнозом детский церебральный паралич художественной росписи по дереву в условиях колледжа-интерната г. Новокузнецк, Россия	282



КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ

Всероссийская научно-практическая конференция
с международным участием

сборник тезисов

Подписано в печать 28.09.2022 г. Формат А4
Объем 34,06 п.л. Тираж 70 экз. Заказ №2347

Типография ИП Петровский К.В. (Изограф)
8 3843 46-46-86, 46-02-79
E-mail: izograf@inbox.ru