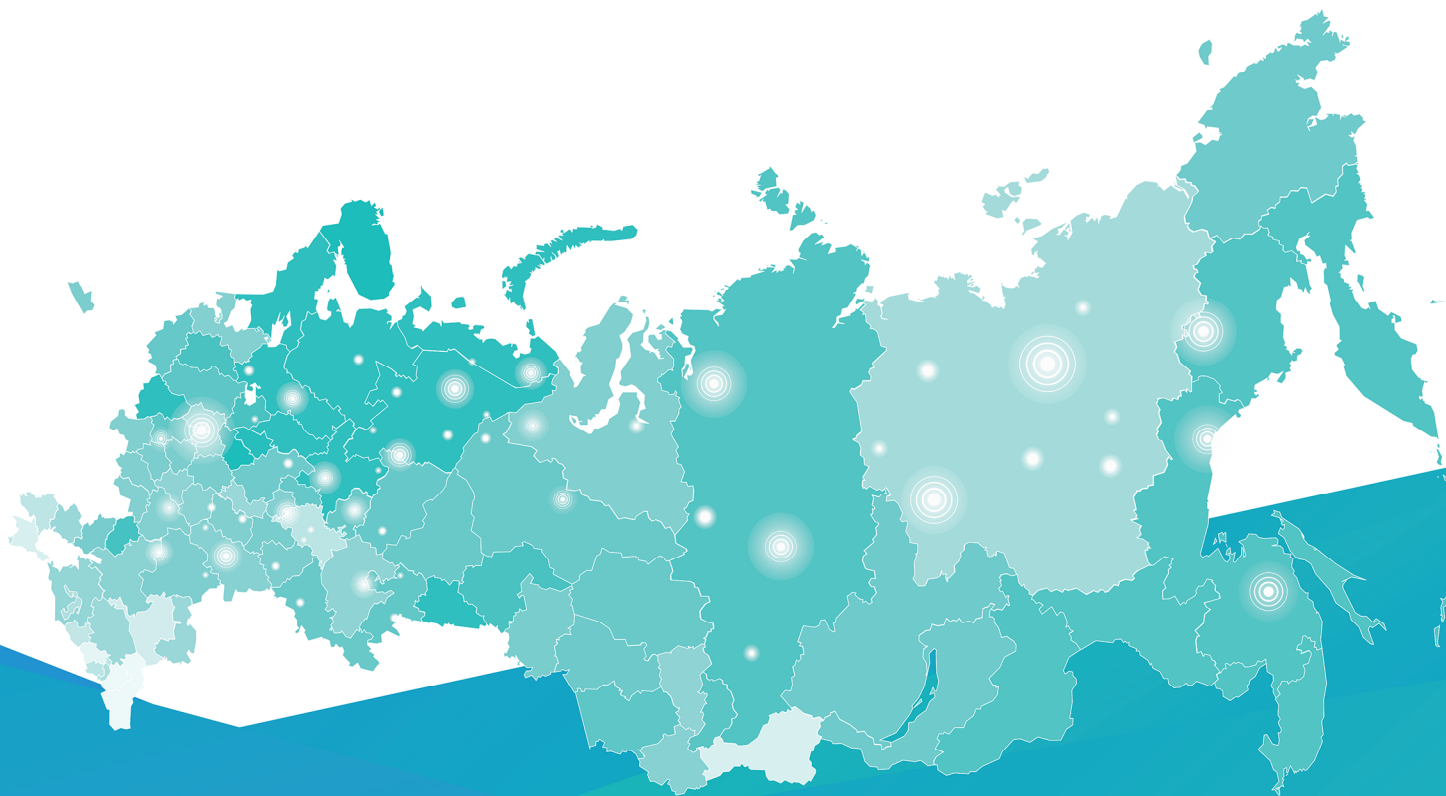




**Федеральный центр научно-методического  
и методологического обеспечения  
развития системы комплексной реабилитации  
и абилитации инвалидов и детей-инвалидов**

**IV Межрегиональная конференция  
«Состояние и перспективы развития  
системы комплексной реабилитации и абилитации  
инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации»**

**9 декабря 2022**



**Москва 2022**



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

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

**«СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ  
КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ  
ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ  
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ – 2022»**

IV Всероссийская конференция с международным участием  
(Москва, 9 декабря 2022 г.)

*Сборник материалов и докладов*

Москва – 2022

УДК 364+616-036.86  
ББК 51.13

Состояние и перспективы развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации – 2022. IV Всероссийская конференция с международным участием (Москва, 9 декабря 2022 г.) : Сборник материалов и докладов / Под общей редакцией д.м.н. М.А. Дымочки. – М. : ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России ; ООО «Канцлер» (Ярославль), 2023. – 481 с., ил.

**ISBN 978-5-6046381-6-3**

В сборнике материалов и докладов IV Всероссийской конференции «Состояние и перспективы развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации – 2022» представлены статьи, обобщающие результаты научно-практических исследований в области комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации.

В статьях освещены вопросы развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на федеральном и региональном уровнях; уделено внимание реабилитации и абилитации инвалидов различных целевых реабилитационных групп, а также лиц с ментальными нарушениями и инвалидов вследствие военной травмы.

Вопросы основных направлений комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в представленных авторами материалах рассмотрены в разрезе научно-методических и нормативно-правовых проблем.

В качестве авторов материалов выступили представители федеральных органов исполнительной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, руководители и специалисты реабилитационных организаций и научно-практических центров, общественных объединений инвалидов, социально-ориентированных некоммерческих организаций и др.

Представленные в сборнике материалы адресованы должностным лицам органов государственной власти, специалистам учреждений реабилитационной направленности в сферах здравоохранения, образования, социальной защиты населения, занятости, культуры, физической культуры и спорта, специалистам федеральных учреждений медико-социальной экспертизы, а также всем заинтересованным читателям.

УДК 364+616-036.86  
ББК 51.13

**Главный редактор:**

Дымочка М. А. – д-р мед. наук

**Редакционная коллегия:**

Струкова О. Г. – канд. мед. наук  
Морозова Е. В. – канд. психол. наук  
Ярков А. А.  
Глазунов Н. Г. – канд. филос. наук, доц.  
Жукова Е. В.  
Баранник Н. А. – канд. экон. наук, доц.  
Егорова Н. А.

**Редакционный совет:**

Афони́на К. П. – канд. мед. наук  
Андре́ева О. С. – д-р мед. наук, проф.  
Синьковский А. В. – канд. тех. наук

ISBN 978-5-6046381-6-3



9 785604 638163

©ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, 2022

## Содержание

Приветственное слово заместителя Министра труда и социальной защиты Российской Федерации А.В. Вовченко участникам конференции .....	10
Раздел I. Комплексная реабилитация и абилитация инвалидов: правовое регулирование, организация и управление .....	11
О мерах по реализации положений Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года, предпринимаемых основными заинтересованными федеральными органами исполнительной власти по компетенции К.П. Афонина, М.А. Дымочка, О.Г. Струкова, А.А. Ярков, Е.В. Морозова .....	11
О состоянии и динамике развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в субъектах Российской Федерации в 2021 году О.Г. Струкова, А.А. Ярков, Е.В. Морозова, И.Г. Новикова .....	20
Совершенствование законодательства в области комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в Российской Федерации М.А. Дымочка, И.Г. Новикова, Н.Г. Глазунов .....	31
О предварительных результатах реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов на территории Свердловской области А.В. Злоказов, О.Б. Федосеева, Т.Л. Любушкина .....	37
Роль учреждений медико-социальной экспертизы в реализации пилотных проектов И.Б. Парпура, Н.Е. Смушкина, И.В. Новоселова .....	43
Актуальные вопросы реализации начального этапа пилотного проекта комплексной реабилитации детей-инвалидов в Тюменской области Н.В. Олькова, Т.К. Муртазина, А.Ж. Мишкин, Е.В. Горбачёв.....	51
Кадровое обеспечение системы комплексной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации О.Н. Владимирова, М.В. Матвеева, И.В. Деденева, М.А. Севастьянов, Н.П. Чистякова, Н.Б. Корнеева .....	58
Взгляд изнутри на формирование системы комплексной реабилитации и абилитации: от идеи до воплощения Г.В. Колосова .....	63
Совершенствование компонентов системы комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов А.В. Злоказов, О.Б. Федосеева, Е.В. Шестакова .....	69
Алгоритм оценки результативности комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида: из опыта работы Е.В. Шестакова, Т.Л. Любушкина, Т.В. Рогачева.....	75

Формирование ранней помощи детям и их семьям в Санкт-Петербурге С.В. Павлова, А.В. Сокуров, Т.В. Ермоленко, В.В. Лорер, С.В. Малькова, И.С. Ишутина.....	81
Контроль за работой стационарных учреждений социального обслуживания Ленинградской области по защите прав инвалидов А.Г. Рябоконт, С.А. Пономарев, О.Е. Доронина, Т.С. Кулинич .....	86
Раздел II. Комплексная реабилитация и абилитация инвалидов: теория и практика .....	93
Идентичность инвалида в условиях неопределенности на этапе реабилитации С.Л. Соловьева, С.В. Литвинцев .....	93
Вопросы биопсихосоциального подхода к комплексной реабилитации инвалидов при ампутациях конечностей В.С. Спиридонова .....	101
Подходы по проведению экспертно-реабилитационной диагностики при подготовке пациентов к протезированию нижних конечностей Д.Д. Болотов, Т.А. Пирожкова, И.Н. Труфанов, Д.В. Ботвин, Е.Г. Шинкарева.....	103
Методы физической и аппаратной физиотерапии у больных после эндопротезирования тазобедренного сустава Н.Г. Куликова, А.Д. Фесюн, А.С. Ткаченко, А.А. Колодезникова.....	108
Особенности обучения пациентов с различной структурой моторного и сенсорного дефицита пользованию креслом-коляской Н.Г. Коновалова, Е.Г. Дробышева, И.В. Деева.....	115
Модель оказания эффективной помощи детям с тяжелыми двигательными нарушениями. Региональный опыт В.А. Жеребцова, Е.А. Григорьева, А.А. Максименко, И.В. Чибисов.....	121
Комплексный подход в обеспечении равных возможностей инвалидам с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата (из опыта работы АУ «Сургутский социально-оздоровительный центр») И.С. Соловьева, А.О. Скитецкая, М.В. Соловьева .....	125
Опыт психологической работы с пациентами, страдающими болезнью Пертеса, в отделении медицинской реабилитации «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой» И.П. Калюжный, К.В. Парамонова .....	129
Использование биопотенциалов сохранных мышц верхних конечностей при вялых парезах как сигналов управления их активными ортезами О.Л. Белянин, В.Ф. Николаев, В.А. Большаков, Е.О. Гордиевская, Г.Н. Буров .....	133
Сахарный диабет в практике медико-социальной экспертизы А.Ю. Родионова, С.В. Столов, О.В. Макарова, И.И. Полонская.....	139

Коррекция нарушений функций верхних конечностей в реабилитации инвалидов вследствие сахарного диабета посредством эргокинезотерапии Е.В. Жукова, Е.В. Морозова, А.Н. Барышова, А.Л. Петрова, Д.В. Калинина .....	144
Социально-бытовая диагностика детей-инвалидов с протезами верхних конечностей Е.В. Морозова, Е.В. Жукова, К.А. Петрова, И.Н. Волкова .....	151
Особенности профессиональной ориентации детей-инвалидов с протезами верхних конечностей Е.В. Морозова, Е.В. Жукова, А.Н. Барышова .....	156
Оценка эффективности медицинской реабилитации у пациентов с детским церебральным параличом с использованием международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья Г.Е. Шейко, А.Н. Белова, В.О. Сушин, А.М. Резенова, М.Д. Важдаев, М.А. Шабанова.....	166
Динамика альфа-ритма на ЭЭГ у детей с детским церебральным параличом при применении неинвазивного интерфейса мозг-компьютер и экзоскелета кисти в комплексе санаторно-курортного лечения С.В. Власенко, Т.Ф. Голубова, Э.А. Османов, Е.А. Бирюкова, М.Д. Отинов, Ф.С. Власенко.....	171
Современные технологии и методы физиотерапии и механотерапии в лечении детей с ДЦП Е.В. Иконникова, Н.И. Цыбуля .....	176
Организация работы учителя-дефектолога по формированию мелкой моторики рук у детей с детским церебральным параличом Т.В. Фрейлих .....	181
Медицинская реабилитация инвалидов с травматическими и компрессионно-ишемическими невропатиями И.Я. Чапко, А.Н. Филиппович, Ю.А. Овсянник, В.Е. Перкова.....	184
Применение краниосакральной мануальной терапии в коррекции спастического синдрома в комплексной реабилитации пациентов с нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу Н.Г. Коновалова, И.Н. Шарпова, Е.А. Полукарова .....	188
Тибиальная нейромодуляция с поддерживающей терапией М-холинолитиком у пациентов с органической патологией головного мозга П.П. Палаткин, Н.Г. Коновалова.....	193
Влияние коморбидной патологии на реализацию индивидуальной программы реабилитации/абилитации инвалидов с ишемической болезнью сердца после шунтирования коронарных артерий И.И. Полонская, А.Ю. Родионова, С.В. Столов .....	199
Социально-педагогический аспект логопедической коррекции афазии у граждан пожилого возраста и инвалидов, перенесших инсульт Н.В. Гайнулина, А.Ф. Каштанова, О.А. Бурлева.....	205

Средства и методы реабилитации пожилых людей, перенесших инсульт (из опыта работы) Г.В. Колесова, О.О. Степкина.....	209
Основные подходы к организации реабилитации пациентов с саркопенией в условиях реабилитационного центра Б.А. Сырникова, Д.В. Стороженко, Д.Ю. Мусаков, Х.В. Темиров.....	212
Профилактика обезвоживания у инвалидов пожилого возраста А.Г. Данилов .....	218
Роль некоммерческой организации в социально-медицинской реабилитации детей-инвалидов А.Ф. Беляев, О.С. Богужева, О.Н. Фотина .....	221
Реабилитация пациентов с кохлерным имплантом и «неслуховыми» ощущениями Е.А. Левина, С.В. Левин, С.Б. Сугарова, А.С. Лиленко.....	226
Особенности реализации междисциплинарного подхода в реабилитации пациентов с нарушенным слухом после кохлеарной имплантации О.В. Зонтова, В.И. Пудов.....	231
Система комплексной реабилитации детей с нарушением слуха в условиях реабилитационного центра Е.Г. Суркова, М.Н. Шадиева .....	235
Литературно-просветительский проект «Мастерство жестового рассказа» для глухих, слабослышащих детей и подростков и CODA (слышащие дети глухих родителей) 8-17 лет Н.А. Аракчеева.....	242
Организация обучения математике студентов с нарушением слуха, обучающихся по программам среднего профессионального образования Г.Н. Майбурова, М.Н. Ионова .....	246
Проблема эффективной маршрутизации инвалидов вследствие военной травмы – участников боевых действий О.Г. Струкова, Е.В. Морозова, Е.В. Жукова, А.Н. Барышова.....	253
Роль силовых упражнений в физической реабилитации военнослужащих с последствиями минно-взрывной травмы нижних конечностей В.Е. Юдин, С.А. Руднев, Д.Д. Болотов.....	264
Актуальность реабилитации участников спецоперации в современных условиях В.Н. Феофанов, А.Н. Головина.....	269
Анализ данных медико-социального исследования инвалидов по технологии трудоустройства и удовлетворенности инвалидов условиями трудовой деятельности М.В. Горайнова, Л.А. Карасаева, И.В. Горайнов, И.Р. Мясников ..	273
Создание рабочих мест для лиц с расстройством аутистического спектра и благоприятных условий для их трудовой деятельности О.Г. Струкова, Е.В. Морозова, Е.В. Жукова, К.А. Петрова, А.А. Голубенко.....	279

Система адресной комплексной реабилитации пострадавшим на производстве в Удмуртской Республике: правовые и организационные аспекты Е.Д. Мухаметгалеева, Ю.А. Дьяконова, А.А. Беляева, М.В. Маркова .....	286
Некоторые вопросы реабилитации пострадавших на производстве (на примере Кузбасса) О.Н. Гаврилюк, Л.А. Карасаева .....	294
Опыт развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в Алтайском крае М.А. Атяшкина, Ю.А. Попова, Л.С. Раченкова .....	299
Комплексная реабилитация и мультидисциплинарный подход в деятельности Республиканского социально-реабилитационного центра Н.В. Лаврентьева, О.А. Камелина.....	305
Практический опыт проведения комплексной реабилитации инвалидов по зрению И.А. Дюкова.....	310
Обеспечение инвалидов по зрению собаками-проводниками в Российской школе подготовки собак-проводников ВОС А.А. Астанин.....	314
Реализация программы «Дневное пребывание детей» в социальном учреждении в условиях полустационара О.Ю. Лыткина.....	318
Использование современных технологий диагностики в условиях психолого-медико-педагогической комиссии как этап в системе реабилитации и абилитации детей-инвалидов А.И. Шулаков.....	322
Опыт работы педагога-психолога по формированию интеллектуальной, мотивационной, социальной готовности детей-инвалидов к школьному обучению Е.Н. Вуколова .....	325
Отделение раннего и дошкольного детства «Шаг навстречу» – ключ к познанию особых детей О.И. Голомазова .....	333
Система коррекционной помощи детям с ОВЗ и инвалидностью в специальном коррекционном детском доме Е.Н. Изъюрова.....	336
Применение метода игровой терапии в коррекции эмоционально-волевых нарушений у детей-инвалидов в процессе реализации стандартов предоставления услуг по комплексной реабилитации детей-инвалидов Е.В. Морозова, Е.В. Жукова, К.А. Петрова, М.В. Таламанова, М.В. Кучумова.....	342
Дидактическая игра, как средство повышения усвоения знания у дошкольников с нарушением зрения О.Ю. Зиновьева .....	350
Нейрографика как инновационный арт-терапевтический метод социально-психологической реабилитации детей-инвалидов с детским церебральным параличом Е.В. Морозова, Е.В. Жукова, А.Н. Барышова, Е.В. Золотораева, Д.А. Аноскина.....	356



Цветотерапия как метод коррекции эмоционально-волевой сферы детей с ДЦП О.С. Андреева, И.А. Клименченко .....	362
Применение цветотерапии в социально-психологической реабилитации подростков с инвалидностью в условиях сенсорной комнаты Е.В. Морозова, Е.В. Жукова, А.Н. Барышова, Н.В. Львова .....	366
Возможности применения аппаратно-программных комплексов в психологической реабилитации постковидного синдрома (на примере АВК «Диснет» и АПК «Сенсориум») Е.В. Морозова, Е.В. Жукова, А.Н. Барышова, Д.С. Еганова.....	374
Социальная реабилитация инвалидов молодого возраста с ментальными нарушениями на базе отделения социальной реабилитации и абилитации БУ «Югорский комплексный центр социального обслуживания населения» М.В. Буглак.....	381
Системный подход к реабилитационной работе с инвалидами, в том числе детьми-инвалидами: от рождения до самостоятельности Е.В. Гришкова, И.О. Бурлакова.....	386
Социальная служба «Микрореабилитационный центр» – технология социальной реабилитации детей-инвалидов в семье на территории Волгоградской области О.В. Козачек, Е.В. Супрун, О.А. Назарова.....	390
Микрореабилитационный центр как звено непрерывного реабилитационного процесса З.А. Григорьева, Е.В. Шафейкина, О.Ф. Елахова, О.П. Борцова.....	396
Инновационные реабилитационные технологии как средство социализации дошкольников с интеллектуальной недостаточностью К.М. Дмитриева.....	400
Социализация детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях Центра психолого-педагогической помощи М.Е. Федорова.....	404
Комплексная помощь людям с расстройствами аутистического спектра в условиях БУ «Мегионский комплексный центр социального обслуживания населения» О.Н. Бурцева.....	408
Реализация технологии комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра в условиях реабилитационного центра Н.Г. Ефтифеева, И.А. Иваненко.....	415
Использование технологии «учебно-тренировочная квартира» в социальной реабилитации детей-инвалидов А.В. Сметанова .....	420
Аспекты социально-педагогической работы в рамках «Комплексной программы развития и социализации детей с ОВЗ» С.В. Сидорович, Л.В. Трошкина, Е.Л. Репина.....	424

Исследование детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с ОВЗ М.П. Быкова.....	427
Основные проблемы и потребности у семей, имеющих детей-инвалидов, по результатам социологического исследования Т.В. Хромова, В.Г. Сухих .....	431
Проект «Междисциплинарная команда специалистов» как метод работы с детьми раннего возраста и их родителями в условиях реабилитационного центра Е.А. Абрамова.....	437
Организация психокоррекционной работы с родителями, воспитывающими детей-инвалидов в условиях реабилитационного центра А.А. Шевалева .....	441
Непрерывное коррекционно-педагогическое сопровождение семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья Т.В. Васильева, Е.В. Швиткова .....	444
Особенности психолого-педагогической поддержки семьи, воспитывающей ребенка с ментальными нарушениями Д.А. Осипова.....	446
Роль эрготерапии в реабилитации Н.В. Шепеленко.....	450
Гарденотерапия как одно из эффективных направлений в реабилитации детей с ОВЗ, имеющих поведенческие отклонения Н.С. Мальцева .....	454
Опыт использования технологии «гарденотерапия» в реабилитационном процессе детей-инвалидов В.А. Кондратьева .....	460
О содержательном обеспечении системы повышения квалификации кадров, занятых в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами Е.О. Гордиевская, Е.М. Старобина .....	464
«Современные модели исследований в образовании и реабилитации» как учебный курс в профессиональной подготовке дефектологов Н.В. Микляева.....	470
Социально-психологический тренинг подготовки к получению ограниченной дееспособности для лиц, проживающих в психоневрологических интернатах М.Е. Сиснёва.....	476

# Приветственное слово заместителя Министра труда и социальной защиты Российской Федерации А.В. Вовченко участникам конференции



МИНИСТЕРСТВО ТРУДА  
И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

## Приветственные слова участникам IV Всероссийской конференции с международным участием «Состояние и перспективы развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации — 2022»

### Уважаемые участники конференции!

От имени Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и от себя лично приветствую вас на открытии IV Всероссийской конференции с международным участием «Состояние и перспективы развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации — 2022».

Проведение подобных мероприятий способствует выработке новых эффективных методов социальной интеграции и реабилитации инвалидов и детей-инвалидов, а также еще раз демонстрирует активную позицию заинтересованных в их поддержке органов власти и организаций, их желание участвовать в жизни общества и влиять на процессы, происходящие в нем.

Реабилитация инвалидов усилиями специалистов всех заинтересованных ведомств должна быть нацелена на полную реализацию их реабилитационного потенциала для максимально возможной социальной адаптации, интеграции, максимальной инклюзии, самостоятельности и независимости, а также повышения качества их жизни.

Искренне надеюсь, что конференция внесет заметный вклад в современную науку. На ее площадке будут обозначены уже перспективы развития системы комплексной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов, а участники мероприятия смогут установить новые контакты для будущих совместных проектов, изложить свои концепции и обсудить возможности эффективного сотрудничества.

Желаю всем участникам, гостям и организаторам Конференции плодотворной работы, успехов и благополучия!

Заместитель Министра  
труда и социальной защиты  
Российской Федерации  
А.В. Вовченко

## **Раздел I. Комплексная реабилитация и абилитация инвалидов: правовое регулирование, организация и управление**

### **О мерах по реализации положений Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года, предпринимаемых основными заинтересованными федеральными органами исполнительной власти по компетенции**

**К.П. Афонина<sup>1</sup>, М.А. Дымочка<sup>2</sup>, О.Г. Струкова<sup>2</sup>, А.А. Ярков<sup>2</sup>, Е.В. Морозова<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации

<sup>2</sup>Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Москва, 127486, Россия

**Аннотация.** Распоряжением Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2021 N 3711-р утверждена Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 г. Принятие Концепции призвано обеспечить комплексный характер системы реабилитации и абилитации инвалидов, направленный на объединение усилий всех участников реабилитационного процесса, обеспечить формирование ее единой организационно-правовой и научно-методической базы. Также для реализации поставленных Концепцией задач распоряжением Правительства Российской Федерации от 16 августа 2022 N 2253-р утвержден План мероприятий реализации Концепции. В настоящей статье рассмотрены ключевые меры системного характера, предпринимаемые основными заинтересованными федеральными органами исполнительной власти по реализации положений Концепции и Плана. Настоящая статья является обзорной и подготовлена на основании комплексного анализа материалов, направленных Комиссией при Президенте Российской Федерации по делам инвалидов в Минтруд России для обобщения.

**Ключевые слова:** инвалид, ребенок-инвалид, комплексная реабилитация и абилитация, Минтруд России, Минздрав России, Минпросвещения России, Минобрнауки России, Минкультуры России, Минспорт России.

**On measures to implement the provisions of the Conception for the development of a system of complex rehabilitation and habilitation for the disabled persons, including children with disabilities, in the Russian Federation for the period up to 2025, taken by the main interested Federal Executive Authorities within their competence**

**K.P. Afonina<sup>1</sup>, M.A. Dymochka<sup>2</sup>, O.G. Strukova<sup>2</sup>, A.A. Yarkov<sup>2</sup>, E.V. Morozova<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation

<sup>2</sup>The Federal State Budgetary Institution "Federal Bureau of Medical and Social Expertise", Ministry of Labor and Social Protection of Russian Federation, Moscow, 127486, Russia

**Abstract.** Decree of the Government of the Russian Federation No. 3711-r dated December 18, 2021 approved the Conception for the development of a system of complex rehabilitation and habilitation for the disabled persons, including children with disabilities, in the Russian Federation for the period up to 2025. The adoption of the Concept is intended to ensure the comprehensive nature of the rehabilitation and habilitation system persons with disabilities, aimed at uniting the efforts of all participants in the rehabilitation process, to ensure the formation of its unified organizational, legal, scientific and methodological base. Also, in order to implement the tasks set

by the Conception, the Order of the Government of the Russian Federation dated August 16, 2022 No. 2253-r approved the Action Plan for the implementation of the Conception. This article discusses the key systemic measures taken by the main interested federal executive bodies to implement the provisions of the Conception and the Plan. This article is an overview and was prepared on the basis of a comprehensive analysis of materials sent by the Commission under the President of the Russian Federation for the Disabled Persons to the Ministry of Labor of Russia for generalization.

**Key words:** disabled person, children with disability, complex rehabilitation and habilitation, Ministry of Labor of Russia, Ministry of Health of Russia, Ministry of Education of Russia, Ministry of Education and Science of Russia, Ministry of Culture of Russia, Ministry of Sports of Russia.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2021 N 3711-р утверждена Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 г. (далее – Концепция) [12]. Принятие Концепции призвано обеспечить комплексный характер системы реабилитации и абилитации инвалидов, направленный на объединение усилий всех участников реабилитационного процесса, обеспечить формирование ее единой организационно-правовой и научно-методической базы.

Также для реализации поставленных Концепцией задач распоряжением Правительства Российской Федерации от 16 августа 2022 N 2253-р утвержден План мероприятий реализации Концепции (далее – План) [13].

Департамент по делам инвалидов Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации совместно с ведущими экспертами Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (далее – ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России) в рамках компетенции рассмотрел информационно-аналитические материалы, поступившие в течение III квартала 2022 г. из Комиссии при Президенте Российской Федерации по делам инвалидов (далее – Комиссия) в Минтруд России для рецензирования, на предмет их соответствия цели, задачам, приоритетным направлениям реализации, основным ожидаемым результатам и целевым показателям реализации Концепции, а также Плану.

Согласно общим положениям Концепции под комплексной реабилитацией и абилитацией понимается персонализированное сочетание оптимально подходящих услуг для инвалидов, в том числе детей-инвалидов, по основным направлениям реабилитации и абилитации (медицинской, социальной (социально-бытовой, социально-средовой, социально-психологической и социально-педагогической), социокультурной, психолого-педагогической, профессиональной, физической (с использованием методов адаптивной физической культуры и адаптивного спорта), предоставляемых в зависимости от необходимости одновременно или поэтапно в целях полной реализации их реабилитационного потенциала, максимально возможного восстановления или компенсации имеющихся стойких нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности, подготовки и достижения социальной адаптации и интеграции, максимальной инклюзии, самостоятельности и независимости, а также повышения качества жизни [12].

Таким образом, основными заинтересованными федеральными органами исполнительной власти в части реализации положений Концепции являются:

Министерство здравоохранения Российской Федерации – в части медицинской реабилитации;

Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации – в части социальной (социально-бытовой, социально-средовой, социально-психологической и социально-педагогической) реабилитации и абилитации;

Министерство культуры Российской Федерации – в части социокультурной реабилитации и абилитации;

Министерство просвещения Российской Федерации – в части психолого-педагогической реабилитации и абилитации;

Министерство спорта Российской Федерации – в части физической (с использованием методов адаптивной физической культуры и адаптивного спорта) реабилитации и абилитации.

Вопросы профессиональной реабилитации инвалидов в связи с последовательностью и преемственностью образовательного и профессионального маршрута инвалидов являются предметом совместного ведения Министерства просвещения Российской Федерации, Министерства высшего образования и науки Российской Федерации и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.

Такой подход был положен в основу Плана при его подготовке, согласовании и доработке.

Одновременно Минтруд России является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере проведения медико-социальной экспертизы, реабилитации инвалидов [11]. Исходя из этого, в соответствии с Планом Минтруд России является основным исполнителем системных мер и мероприятий, направленных на развитие и совершенствование:

- правового и организационно-методического обеспечения системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов;
- механизма разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (далее – ИПРА), выдаваемых федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ);
- межведомственного взаимодействия в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов;
- современной информационной среды, обеспечивающей потребности системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

В этих целях приказом Минтруда России от 25 октября 2022 N 688 утвержден План мероприятий («дорожная карта») по реализации распоряжения Правительства Российской Федерации от 16 августа 2022 N 2253-р.

Одним из ключевых мероприятий Концепции и Плана является усовершенствование правового регулирования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

Разработка соответствующего проекта федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов» (далее – Законопроект) была начата Минтрудом России одновременно с разработкой Концепции в 2018 году. Положения разработанного Законопроекта учитывают подходы к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, сформулированные в Концепции и Плате.

Целью Законопроекта является формирование взаимоувязанной системы полномочий органов государственной власти и организаций, предоставляющих услуги по комплексной реабилитации и абилитации инвалидам для обеспечения инвалидов доступными и качественными реабилитационными услугами.

Законопроектом предусмотрено внесение изменений в 9 федеральных законов: «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [8], «Основы законодательства Российской Федерации о культуре» [7], «Об общих принципах организации публичной власти в субъектах Российской Федерации» [5], «О техническом регулировании» [9], «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» [10], «Об образовании в Российской Федерации» [2], «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» [6], «Об Общественной палате Российской Федерации» [3], «Об общих принципах организации и деятельности общественных палат субъектов Российской Федерации» [4].

Основные изменения вносятся в базовый Федеральный закон о социальной защите инвалидов в Российской Федерации [8].

Предлагаемыми изменениями четко определяются полномочия Правительства Российской Федерации, федеральных органов исполнительной власти и исполнительных органов

государственной власти субъектов Российской Федерации в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

Вводится или актуализируется понятийный аппарат по комплексной реабилитации и абилитации и ее основным направлениям. Впервые законодательно вводятся понятия: «ранняя помощь» и «сопровожаемое проживание», определяются условия их предоставления.

Вводятся полномочия Минтруда России по определению федеральными учреждениями МСЭ целевых реабилитационных групп инвалидов в целях использования наиболее эффективных подходов к устранению или компенсации стойких нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности при оказании реабилитационных и абилитационных услуг, а также по разработке стандартов предоставления услуг по социальной реабилитации и абилитации инвалидов, которые предлагается четко отграничить от социальных услуг.

Так же полномочия по разработке стандартов предоставления услуг по другим направлениям – социокультурной, физической реабилитации и абилитации – предоставляются соответствующим ведомствам по компетенции (Минкультуры России и Минспорту России соответственно).

В настоящее время, в отсутствие другого регулирования, действуют национальные стандарты предоставления различных услуг по реабилитации и абилитации инвалидов. Национальный стандарт носит рекомендательный характер, предполагает добровольность при его применении. Сама структура национального стандарта не имеет необходимой на современном этапе детализации предоставления услуг по реабилитации и абилитации инвалидов.

Полномочия федеральных органов исполнительной власти по утверждению стандартов предоставления услуг по основным направлениям реабилитации и абилитации инвалидов, обязательных для применения, вводятся взамен имеющегося в настоящее время регулирования – по аналогии с действующими положениями федерального законодательства, регулирующими оказание медицинской помощи по медицинской реабилитации.

Законопроектом впервые вводится понятие «реабилитационная организация», а также различные механизмы контроля за деятельностью таких организаций.

Все предлагаемые изменения должны обеспечить повышение доступности и качества реабилитационных и абилитационных услуг для инвалидов, создать дополнительные условия для максимальной интеграции инвалидов в общество.

Одновременно Минтрудом России совместно с ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России проводится подготовка 27 подзаконных нормативных правовых актов Правительства Российской Федерации и Минтруда России в развитие положений Законопроекта.

В соответствии с Планом Законопроект должен быть направлен в Правительство Российской Федерации для внесения в Государственную Думу до конца 2022 года.

Одновременно в целях минимизации рисков, возникающих в рамках новых правоотношений в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, Правительство Российской Федерации приняло решение о проведении в 2022-2024 годах в двух субъектах Российской Федерации (Свердловской и Тюменской областях) пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, Правила реализации которого утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2021 N 2339 (далее – пилотный проект).

В ходе пилотного проекта Минтрудом России совместно с исполнительными органами государственной власти пилотных регионов, реабилитационными организациями регионального и федерального уровней, Фондом социального страхования Российской Федерации, Казначейством России, Национальной системой платежных карт «МИР» отрабатывается целый ряд задач, таких как:

– определение федеральными учреждениями МСЭ целевых реабилитационных групп детей-инвалидов для их рациональной маршрутизации в профильные реабилитационные организации, в том числе в случаях, требующих сложных видов реабилитации в федеральных учреждениях, подведомственных Минтруду России;

- отработка стандартов предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов различных целевых реабилитационных групп в полустационарных и стационарных условиях;
- отработка межведомственного электронного взаимодействия и форм документов при предоставлении соответствующих услуг;
- отработка механизма финансового обеспечения реабилитационных и абилитационных услуг с использованием электронного сертификата;
- отработка механизмов и унифицированных инструментов для оценки эффективности оказанных услуг.

Под услугами по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов для целей пилотного проекта понимается оптимальный набор мероприятий, направленных на восстановление или формирование у ребенка-инвалида способностей к бытовой и общественной деятельности в соответствии с возрастной нормой, включающих в себя основные направления реабилитации – 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.

Таким образом, в ходе пилотного проекта Минтрудом России совместно с заинтересованными органами и организациями будут детально отработаны подходы к предоставлению услуг по комплексной социальной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в организациях системы социальной защиты населения регионального и федерального уровней.

Это позволит внедрить в практику реабилитационных организаций новый вид услуг по одному из основных направлений комплексной реабилитации и абилитации, в котором, согласно данным ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, нуждается порядка 96,1 % инвалидов в возрасте 18 лет и старше и 97,8 % детей-инвалидов [12].

Вместе с тем, как отмечается в Концепции, «основополагающим направлением комплексной реабилитации и абилитации инвалидов является медицинская реабилитация.

В соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере охраны здоровья медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях и включает в себя комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов.

В последние годы в сфере медицинской реабилитации активно развивается комплексный междисциплинарный подход, нашедший отражение в новых порядках медицинской реабилитации детей и взрослых, вступивших в силу с 1 января 2021 г. и предусматривающих ее осуществление в три этапа.

При исчерпании возможностей медицинской реабилитации, особенно при низком потенциале восстановления нарушений функций организма, все большее значение приобретают вопросы социальной, психолого-педагогической и профессиональной реабилитации и абилитации для развития сохранных или потенциальных возможностей и способностей инвалидов в целях их социальной адаптации и реинтеграции в общество.

С учетом порядков оказания медицинской помощи на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики, формируются программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе по медицинской реабилитации.

Вместе с тем, необходимо совершенствование взаимодействия между медицинскими организациями, осуществляющими медицинскую помощь по медицинской реабилитации, и реабилитационными организациями в других сферах в целях обеспечения преемственности и последовательности в реабилитационном процессе» [12].



Анализ материалов, представленных Минздравом России в Комиссию<sup>1</sup>, позволяет сделать вывод о широком спектре предпринимаемых компетентным федеральным органом исполнительной власти мер, направленных на повышение доступности для граждан, в том числе инвалидов и детей-инвалидов, медицинской помощи по медицинской реабилитации, в том числе в рамках реализации инициативы социально-экономического развития Российской Федерации до 2030 года «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация», утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 6 октября 2021 N 2816-р [15].

Федеральный проект «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация» реализуется с 1 января 2022 года и направлен на достижение показателя «Повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет» национальной цели развития Российской Федерации до 2030 года «Сохранение населения, здоровье и благополучие людей».

По мнению Минздрава России, одной из основных задач на текущий период является обновление материально-технической базы медицинских организаций, осуществляющих медицинскую реабилитацию, включая оснащение современными техническими средствами реабилитации, способствующими сокращению терапевтических курсов, приводящих к улучшению и возвращению утраченных функций пациентов, подготовку специалистов в области медицинской реабилитации, повышение квалификации уже работающих специалистов, а также профессиональная переподготовка кадров.

Вместе с тем, в материалах Минздрава России и вышеуказанных документах не прослеживается интеграция медицинской реабилитации в систему комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в том смысле, который вложен в цитируемые выше положения Концепции, на что, в частности, указывает в своем экспертном заключении Агентство стратегических инициатив по продвижению новых проектов<sup>2</sup>.

Важнейшим показателем социальной адаптации инвалидов является их трудоустройство и занятость. Профессиональная реабилитация детей-инвалидов и взрослых инвалидов с детства тесно связана с вопросами их своевременной психолого-педагогической реабилитации и абилитации и построения образовательного маршрута, тогда как при возникновении инвалидности в трудоспособном возрасте, особенно при остро возникших заболеваниях и травмах, наиболее перспективен ранний этап медицинской реабилитации, который, по данным специальной медицинской литературы, выступает самым эффективным инструментом восстановления трудоспособности в прежней (или в наиболее схожей) профессии. Вместе с тем, понятие психолого-педагогической реабилитации и абилитации в настоящее время в законодательстве Российской Федерации отсутствует [12].

Анализ материалов по данным вопросам, представленных в Комиссию Минпросвещения России<sup>3</sup> и Минобрнауки России<sup>4</sup>, показывает, что деятельность Минпросвещения России, Минобрнауки России в части обеспечения инвалидов реабилитационными, абилитационными и образовательными услугами, соответствует общим направлениям совершенствования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в Российской Федерации, закрепленным в положениях Концепции и мероприятиях Плана.

Так, утвержденный Заместителем Председателя Правительства Российской Федерации Т.А. Голиковой в декабре 2021 г. Межведомственный комплексный план по повышению доступности среднего профессионального и высшего образования для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, в том числе и занятости указанных лиц [1], содержит значительное количество мероприятий, предусмотренных Концепцией, и скоррелирован с Планом.

<sup>1</sup> Письмо Минздрава России от 14.09.2022 N 15-3/И/1-7733.

<sup>2</sup> Письмо Агентства стратегических инициатив по продвижению новых проектов от 04.10.2022 N 3398-ЛИ/АСИ.

<sup>3</sup> Письмо Минпросвещения России от 29.07.2022 N МП-П-3762.

<sup>4</sup> Письмо Минобрнауки России от 29.07.2022 N МН-7/2784-ДА.

Однако одновременно следует отметить, что до настоящего времени не утвержден проект федерального закона, подготовленный Минпросвещения России и Минобрнауки России, определяющий роль и место психолого-педагогической реабилитации и абилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов в системе образования [12]. По нашему мнению, отсутствие самостоятельного законодательного регулирования вопросов психолого-педагогической реабилитации и абилитации затрудняет развитие данного направления комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

Материалы, представленные в Комиссию Минкультуры России<sup>5</sup>, позволяют судить о том, что работа, проводимая Минкультуры России по совершенствованию организации социокультурной реабилитации и абилитации инвалидов, не в полной мере соответствует положениям Концепции и Плана.

Так, Концепцией социокультурная реабилитация и абилитация рассматривается как «фактически существующее отдельное и во многом уникальное направление комплексной реабилитации и абилитации» и описывается как «комплекс услуг, направленных на включение инвалидов в творческую деятельность, обеспечивающую реализацию культурных, а также экономических потребностей инвалидов в соответствии с их интересами и способностями в целях социальной адаптации и интеграции инвалидов в общество» [12].

Данный тезис был положен в основу соответствующих разделов Законопроекта, наделяющих федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере культуры, полномочиями по обеспечению услуг по социокультурной реабилитации и абилитации, предоставляемых инвалидам и детям-инвалидам с использованием всех видов творческой деятельности.

При этом, однако, в материалах, представленных в Комиссию Минкультуры России, основные направления деятельности компетентного федерального органа исполнительной власти в большей степени направлены на повышение доступности для инвалидов объектов культуры и искусства, а также развитие инклюзивных практик в соответствующей сфере (в том числе в рамках проекта «Инклюзивная платформа» на портале «Культура.РФ»).

Таким образом, по нашему мнению, необходима выработка единой, согласованной с Минкультуры России позиции в части: содержания услуг по социокультурной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов; целеполагания предоставления данных услуг гражданам; роли и места учреждений и специалистов сферы культуры в обеспечении функционирования в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов с учетом стратегических положений Концепции.

Что касается совершенствования оказания услуг по реабилитации и абилитации инвалидов методами адаптивной физической культуры и адаптивного спорта (физической реабилитации и абилитации), то следует отметить, что Минспорт России и подведомственные ему научно-практические организации, определенные в качестве методических центров по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта, г. Санкт-Петербург), принимали активное участие в подготовке Законопроекта в части законодательного регулирования рассматриваемых вопросов.

Согласно данным Минспорта России, представленным для анализа в Комиссию<sup>6</sup>, в 2021 году в рамках государственного контракта ФГБОУ ВО «Российский экономический университет имени Г.В. Плеханова» по заказу Минспорта России выполнена научно-исследовательская работа по теме «Разработка и обоснование стандарта оказания услуг по физкультурно-оздоровительным мероприятиям и спорту в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов». Данную разработку планируется

<sup>5</sup> Письмо Минкультуры России от 23.08.2022 N 2323-01.1-7.ОЯ.

<sup>6</sup> Письмо Минспорта России от 27.07.2022 N АФ-03-02/11517.

использовать при подготовке документов для утверждения стандарта оказания услуг по физкультурно-оздоровительным мероприятиям и спорту в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов.

ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России ранее направлял в Минтруд России положительную рецензию на данный проект документа, а также позицию, согласно которой он может быть использован для разработки стандартов оказания инвалидам соответствующих услуг.

Кроме того, Концепция и План при разработке были взаимоувязаны с положениями Плана реализации Стратегии развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2030 года (далее – План мероприятий по реализации Стратегии) [14] и другими документами стратегического планирования развития в Российской Федерации физической культуры и спорта.

Как указывает в своих материалах Минспорт России, из 117 пунктов Плана мероприятий по реализации Стратегии 23 мероприятия непосредственно касаются адаптивной физической культуры и спорта, соисполнителями по которым являются Паралимпийский и Сурдлимпийский комитеты России, всероссийские федерации, развивающие виды спорта инвалидов.

В рамках реализации Плана мероприятий по реализации Стратегии Минспортом России совместно с Минтрудом России был разработан и утвержден План мероприятий по созданию условий для занятий физической культурой и спортом инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, включая детей-инвалидов, до 2030 года.

Ключевыми мероприятиями данного плана являются совершенствование нормативных правовых документов в сфере адаптивной физической культуры и спорта, проведение всероссийских физкультурных мероприятий среди инвалидов, создание детско-юношеских спортивно-адаптивных школ и центров в субъектах Российской Федерации, реализация плана мероприятий по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг в сфере физической культуры и спорта, что в полной мере согласуется с задачами Концепции, приоритетными направлениями ее реализации и мероприятиями, предусмотренными Планом.

Таким образом, согласно материалам, представленным Минспортом России, работа, проводимая по совершенствованию организации физической реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, методами адаптивной физической культуры и адаптивного спорта в полной мере скоррелирована с положениями Концепции и Плана. Стратегические документы государственного планирования по вопросам развития физической культуры и спорта в Российской Федерации также разрабатываются с учетом потребности инвалидов в мероприятиях по физической реабилитации и абилитации.

Суммируя все изложенное выше, можно сделать общий вывод о том, что основными заинтересованными федеральными органами исполнительной власти в 2021-2022 годах предпринимались и продолжают реализовываться меры по повышению доступности для инвалидов и детей-инвалидов реабилитационных и абилитационных услуг. Вместе с тем, в отношении ряда федеральных органов исполнительной власти следует отметить, что данные меры не полностью гармонизированы по своему содержанию с положениями Концепции и Плана.

В настоящее время осуществляется подготовка предложений в протокольные поручения по итогам очередного заседания Комиссии, состоявшегося 12.10.2022 г. Департамент по делам инвалидов Минтруда России и ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России предлагает включить результаты анализа, отраженные в настоящей статье, в протокол заседания Комиссии, в том числе отметить необходимость повышения контроля за реализацией Плана компетентными федеральными органами исполнительной власти.

#### **Библиографический список**

1. Межведомственный комплексный план мероприятий по повышению доступности среднего профессионального и высшего образования для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, в том числе профориентации и занятости указанных лиц : утвержден

Заместителем Председателя Правительства Российской Федерации Т.А. Голиковой от 21 декабря 2021 N 14000п-П08 – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 07.11.2022).

2. **Российская Федерация. Законы.** Об образовании в Российской Федерации : Федеральный закон от 29 декабря 2012 N 273-ФЗ. – URL: <http://pravo.gov.ru/> (дата обращения: 07.11.2022). – Текст : электронный.

3. **Российская Федерация. Законы.** Об Общественной палате Российской Федерации : Федеральный закон от 04 апреля 2005 N 32-ФЗ. – URL: <http://pravo.gov.ru/> (дата обращения: 07.11.2022). – Текст : электронный.

4. **Российская Федерация. Законы.** Об общих принципах организации и деятельности общественных палат в субъектах Российской Федерации : Федеральный закон от 23 июня 2016 N 183-ФЗ. – URL: <http://pravo.gov.ru/> (дата обращения: 07.11.2022). – Текст : электронный.

5. **Российская Федерация. Законы.** Об общих принципах организации публичной власти в субъектах Российской Федерации : Федеральный закон от 24 декабря 2021 N 414-ФЗ. – URL: <http://pravo.gov.ru/> (дата обращения: 07.11.2022). – Текст : электронный.

6. **Российская Федерация. Законы.** Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 28 декабря 2013 N 442-ФЗ. – URL: <http://pravo.gov.ru/> (дата обращения: 07.11.2022). – Текст : электронный.

7. **Российская Федерация. Законы.** Основы законодательства Российской Федерации о культуре : утвержден Верховным Советом Российской Федерации 09 октября 1992 N 3612-1. – URL: <http://pravo.gov.ru/> (дата обращения: 07.11.2022). – Текст : электронный.

8. **Российская Федерация. Законы.** О социальной защите инвалидов в Российской Федерации : Федеральный закон от 24 ноября 1995 N 181-ФЗ. – URL: <http://pravo.gov.ru/> (дата обращения: 07.11.2022). – Текст : электронный.

9. **Российская Федерация. Законы.** О техническом регулировании : Федеральный закон от 27 декабря 2002 N 184-ФЗ. – URL: <http://pravo.gov.ru/> (дата обращения: 07.11.2022).

10. **Российская Федерация. Законы.** О физической культуре и спорте в Российской Федерации : Федеральный закон от 4 декабря 2007 N 329-ФЗ. – URL: <http://pravo.gov.ru/> (дата обращения: 07.11.2022). – Текст : электронный.

11. **Российская Федерация. Постановления.** Об утверждении положения о Министерстве труда и социальной защиты Российской Федерации : Постановление Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 N 610. – URL: <http://pravo.gov.ru/> (дата обращения: 07.11.2022).

12. **Российская Федерация. Распоряжения.** Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2021 N 3711-р. – URL: <http://pravo.gov.ru/> (дата обращения: 07.11.2022).

13. **Российская Федерация. Распоряжения.** О Плане мероприятий по реализации Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 16 августа 2022 N 2253-р. – URL: <http://pravo.gov.ru/> (дата обращения: 07.11.2022). – Текст : электронный.

14. **Российская Федерация. Распоряжения.** Об утверждении плана мероприятий по реализации Стратегии развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2030 года : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 N 3615-р. – URL: <http://government.ru/docs/43451/> (дата обращения: 07.11.2022).

15. **Российская Федерация. Распоряжения.** Перечень инициатив социально-экономического развития Российской Федерации до 2030 года : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 06 октября 2021 N 2816-р. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 07.11.2022). – Текст : электронный.

**Информация об авторах:** К.П. Афонина – канд. мед.наук, [afoninakp@mintrud.gov.ru](mailto:afoninakp@mintrud.gov.ru), М.А. Дымочка – д-р мед.наук, [dmochka@fbmse.ru](mailto:dmochka@fbmse.ru), О.Г. Струкова – канд. мед.наук, [strukova\\_og@fbmse.ru](mailto:strukova_og@fbmse.ru), А.А. Ярков, [yarkov\\_aa@fbmse.ru](mailto:yarkov_aa@fbmse.ru), Е.В. Морозова – канд. психол.наук, [elvamorozova@fbmse.ru](mailto:elvamorozova@fbmse.ru)

**Information about the authors:** K.P. Afonina – Candidate of Medical Sciences, *afoninakp@mintrud.gov.ru*, M.A. Dymochka – Doctor of Medical Sciences, *dmochka@fbmse.ru*, O.G. Strukova – Candidate of Medical Sciences, *strukova\_og@fbmse.ru*, A.A. Yarkov, *yarkov\_aa@fbmse.ru*, E.V. Morozova – Candidate of Psychological Sciences, *elvmorozova@fbmse.ru*

**О состоянии и динамике развития системы комплексной реабилитации  
и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в субъектах  
Российской Федерации в 2021 году**

**О.Г. Струкова, А.А. Ярков, Е.В. Морозова, И.Г. Новикова**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации,  
г. Москва, 127486, Россия

**Аннотация.** В рамках исполнения поручений Комиссии при Президенте Российской Федерации по делам инвалидов Федеральный центр научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, созданный на базе ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России в соответствии с поручением Президента Российской Федерации, ежегодно осуществляет мониторинг формирования и развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе и детей-инвалидов, в субъектах Российской Федерации. Мониторинг осуществляется на основании сведений, предоставляемых субъектами Российской Федерации в виде заполненных специально разработанных форм (реабилитационного паспорта субъекта Российской Федерации и паспорта организации, предоставляющей реабилитационные и абилитационные услуги), и оперативных данных из ФГИС ФРИ. В настоящей статье приведены основные итоги мониторинга за 2021 год. В мониторинге приняли участие 84 субъекта Российской Федерации. Обобщенные данные свидетельствуют в целом о положительной динамике развития региональных систем комплексной реабилитации и абилитации инвалидов как с правовой, так и с организационной точек зрения.

**Ключевые слова:** инвалид, ребенок-инвалид, комплексная реабилитация и абилитация, система комплексной реабилитации и абилитации, субъекты Российской Федерации, мониторинг.

**On the state and dynamics of development of the system of complex rehabilitation and habilitation of people with disabilities, including children with disabilities, in the constituent entities of the Russian Federation in 2021**

**O.G. Strukova, A.A. Yarkov, E.V. Morozova, I.G. Novikova**

The Federal State Budgetary Institution "Federal Bureau of Medical and Social Expertise",  
Ministry of Labor and Social Protection of Russian Federation, Moscow, 127486, Russia

**Abstract.** As part of the execution of the instructions of the Commission under the President of the Russian Federation for the Disabled persons, the Federal Center for scientific and methodological support for the development of a system for complex rehabilitation and habilitation of the disabled persons and children with disabilities, established on the basis of the FSBO FB MSE of Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation in accordance with the instruction of the President of the Russian Federation, annually carries out monitoring the development in the constituent entities of the Russian Federation of the system of complex rehabilitation and habilitation of disabled persons. Monitoring is carried out according to specially developed forms of rehabilitation passports of the constituent entities of the Russian Federation and passports of rehabilitation organizations. This article presents the main results of monitoring for 2021. 84 constituent entities of the Russian Federation took part in the monitoring. The summarized data testify to a generally positive dynamics in the development of regional systems of complex rehabilitation and habilitation of disabled people, both from a legal and organizational point of view.

**Key words:** disabled person, disabled child, complex rehabilitation and habilitation, system of complex rehabilitation and habilitation, constituent entities of the Russian Federation, monitoring.

Мониторинг формирования и развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в субъектах Российской Федерации (далее – мониторинг, система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов) осуществляется Федеральным центром научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов (далее – Федеральный центр), созданным на базе ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, два раза в год (по итогам первого полугодия и по итогам отчетного года соответственно).

Информационной базой мониторинга, главным образом, являются сведения, предоставляемые субъектами Российской Федерации в Федеральный центр по следующим формам (далее – формы реабилитационных паспортов):

«Формирование и развитие системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в возрасте 18 лет и старше и детей-инвалидов (реабилитационный паспорт субъекта Российской Федерации)» (далее – реабилитационный паспорт субъекта Российской Федерации);

«Формирование и развитие системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в возрасте 18 лет и старше и детей-инвалидов (паспорт организации, предоставляющей реабилитационные и абилитационные услуги)» (далее – реабилитационный паспорт организации).

Помимо сведений из форм реабилитационных паспортов, в мониторинге используются оперативные данные из Федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов» (далее – ФГИС ФРИ) [6].

Ниже представлены основные итоги мониторинга по итогам 2021 отчетного года, в котором приняли участие 84 субъекта Российской Федерации (за исключением г. Санкт-Петербург), систематизированные по основным анализируемым параметрам.

*1. Потребности инвалидов и детей-инвалидов в реабилитационных, мероприятиях, услугах и технических средствах реабилитации в соответствии с их индивидуальными программами реабилитации или абилитации (далее – ИПРА).*

По данным ФГИС ФРИ по состоянию на 1 января 2022 г. в Российской Федерации насчитывается 11,3 млн инвалидов, из которых: 10,6 млн человек в возрасте 18 лет и старше и 729,0 тыс. человек – дети-инвалиды. По сравнению с аналогичным периодом 2020 г. численность инвалидов в возрасте 18 лет и старше (далее – взрослые инвалиды) сократилась на 327,4 тыс. человек (или на 3,0 %). В то же время численность детей-инвалидов увеличилась на 25,0 тыс. человек (или на 3,6 %).

Вместе с тем, в реабилитационных паспортах субъектов Российской Федерации представлены сведения, не соответствующие данным ФГИС ФРИ: 10 138 102 человек (89,7 % от общего числа лиц с инвалидностью по данным ФГИС ФРИ), из которых: 9 272 623 человека – взрослые инвалиды (87,5 % от числа взрослых инвалидов по данным ФГИС ФРИ), 683 010 человек – дети-инвалиды (93,7 % от числа детей-инвалидов по данным ФГИС ФРИ).

Расхождения с данными ФГИС ФРИ объясняется непредоставлением соответствующей информации г. Санкт-Петербургом, а также допущенными ошибками при заполнении данного раздела формы реабилитационного паспорта субъекта Российской Федерации отдельными регионами.

Так, Республика Алтай допустила занижение численности взрослых инвалидов в 5,5 раз (3595 человек против 19 848 по данным ФГИС ФРИ) и в 1,5 раза о численности детей-инвалидов (941 человек против 1411 по данным ФГИС ФРИ). Республика Ингушетия в 900 раз занизила численность по взрослым инвалидам (67 человек против 60 472 по данным ФГИС ФРИ) и более чем в 18 раз – по детям-инвалидам (820 человек против 15 256 по данным ФГИС ФРИ). Рязанская область в 3,6 раза занизила численность взрослых инвалидов (33 147 человек против 120 563 по данным ФГИС ФРИ). Нижегородская область допустила в

18 раз отклонение от данных ФГИС ФРИ в сторону занижения по взрослым инвалидам (14 698 человек против 264 557).

Одновременно схожие недостатки по заполнению данного раздела реабилитационного паспорта субъекта Российской Федерации допустили Республика Адыгея и Республика Крым, Ленинградская, Мурманская и Самарская области.

В ходе мониторинга проведен анализ информации о количестве действующих ИПРА инвалидов, ИПРА детей-инвалидов, которыми располагают субъекты Российской Федерации.

Так, по данным реабилитационных паспортов субъектов Российской Федерации, регионы располагают сведениями о действующих ИПРА в отношении 5,92 млн инвалидов в возрасте 18 лет и старше (55,8 % от числа взрослых инвалидов по данным ФГИС ФРИ) и действующих ИПРА в отношении 568,0 тыс. детей-инвалидов (77,9 % от числа детей-инвалидов по данным ФГИС ФРИ). Суммарно количество действующих ИПРА в отчетном периоде составило 6,49 млн, что на 8,2 % больше, чем в 2020 г. (6,0 млн).

Вместе с тем, по данным ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России (аккумулированным сведениям федеральной государственной информационной системы «Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы» (далее – ФГИС ЕАВИИАС МСЭ) и электронного архива ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России) действующие ИПРА имеют порядка 7,9 млн инвалидов в возрасте 18 лет и старше (74,5 % от общей численности взрослых инвалидов) и 726 тыс. детей-инвалидов (99,6 % от общей численности детей-инвалидов).

Расхождение между федеральными и региональными данными объясняется тем, что органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, на которые возложены полномочия по реализации ИПРА инвалидов, ИПРА детей-инвалидов, как правило, располагают сведениями только о тех гражданах с инвалидностью, которые обращались за получением реабилитационных, абилитационных и иных услуг в органы и организации сфер здравоохранения, социальной защиты, занятости населения, образования, физической культуры и спорта в течение последних нескольких лет, то есть с начала целенаправленного учета этих данных в указанных сферах.

Еще одна причина расхождений данных, предоставленных субъектами Российской Федерации, с данными, содержащимися в ФГИС ЕАВИИАС МСЭ, заключается в непредставлении сведений по данному разделу реабилитационного паспорта субъекта Российской Федерации г. Санкт-Петербургом.

Кроме того, сравнительный анализ структуры нуждемости инвалидов и детей-инвалидов в реабилитационных услугах и мероприятиях по ИПРА по данным, содержащимся в реабилитационных паспортах субъектов Российской Федерации, и данным, имеющимся во ФГИС ЕАВИИАС МСЭ, также показал расхождения.

Анализ сведений из ИПРА инвалидов за 2021 г., содержащихся в ФГИС ЕАВИИАС МСЭ, позволил выстроить иерархию нуждемости взрослых инвалидов в мероприятиях и услугах по основным направлениям реабилитации и (или) абилитации следующим образом:

- медицинской реабилитации – 99,7 %;
- социально-средовой реабилитации или абилитации – 92,9 %;
- социально-психологической реабилитации или абилитации – 65,6 %;
- социально-бытовой адаптации – 57 %;
- социокультурной реабилитации или абилитации – 54,4 %;
- профессиональной реабилитации – 45,7 %;
- обеспечению техническими средствами реабилитации (далее – ТСР) (из средств федерального бюджета) – 37,7 %;
- физкультурно-оздоровительных мероприятиях, занятиях адаптивным спортом – 6,4 %.

Дети с инвалидностью нуждаются преимущественно, также как и взрослые инвалиды, в проведении мероприятий по медицинской реабилитации (99,8 %). Ранжирование мероприятий и услуг по остальным основным направлениям реабилитации и абилитации следующее:

социально-средовой реабилитации или абилитации (95,5 %), социально-педагогической реабилитации или абилитации (90,1 %), социально-психологической реабилитации или абилитации (85,5 %), социокультурной реабилитации или абилитации (73,9 %), социально-бытовой адаптации (66,6 %), психолого-педагогической реабилитации или абилитации (64,9 %), обеспечению ТСП (23,3 %), физкультурно-оздоровительных мероприятиях, занятиях адаптивным спортом (24,6 %).

В свою очередь, субъекты Российской Федерации в формах реабилитационных паспортов представили следующие сведения о нуждаемости взрослых и детей-инвалидов в реабилитационных мероприятиях и услугах по основным направлениям реабилитации и абилитации в соответствии с ИПРА:

– взрослые инвалиды: медицинской реабилитации (45,2 %), профессиональной реабилитации (38,7 %), социально-средовой реабилитации или абилитации (29,3 %), социально-психологической реабилитации или абилитации (23,9 %), социально-бытовой адаптации (20,8 %), социокультурной реабилитации или абилитации (18,4 %), обеспечению ТСП (из средств федерального бюджета) (13,0 %), физкультурно-оздоровительных мероприятиях, занятиях адаптивным спортом (4,0 %);

– дети-инвалиды: медицинской реабилитации (82,1 %), социально-средовой реабилитации или абилитации (55,9 %), социально-психологической реабилитации или абилитации (50,1 %), социально-бытовой адаптации (42,2 %), социокультурной реабилитации или абилитации (39,6 %), психолого-педагогической реабилитации или абилитации (35,1 %), физкультурно-оздоровительных мероприятиях, занятиях адаптивным спортом (16,3 %), обеспечению ТСП из средств федерального бюджета (11,1 %).

Проанализировав вышеуказанные данные и сопоставив их с данными, полученными по результатам мониторинга за предыдущие периоды (2018, 2019, 2020 гг.), Федеральный центр придерживается тех же выводов, что и раньше:

– иерархия нуждаемости взрослых инвалидов и детей-инвалидов, приведенная регионами в реабилитационных паспортах субъектов Российской Федерации, в основном соотносится с обращением данных граждан за предоставлением реабилитационных, абилитационных и иных услуг в органы и организации сфер здравоохранения, социальной защиты, занятости населения, образования, физической культуры и спорта в течение последних нескольких лет за период 2018-2021 гг.;

– система учета нуждаемости в тех или иных видах мероприятий и услуг по основным направлениям реабилитации и абилитации в субъектах Российской Федерации не позволяет в полной мере учитывать общую потребность инвалидов в указанных мероприятиях и услугах в соответствии с их ИПРА.

В этой связи для развития системы комплексной реабилитации и абилитации Федеральный центр полагает важным наладить на уровне субъектов Российской Федерации межведомственное взаимодействие, которое позволило бы всем региональным структурам, участвующим в реабилитационном процессе инвалидов, иметь доступ к сведениям об общем накопленном контингенте инвалидов, о разработанных инвалидам ИПРА, о мероприятиях, включенных в ИПРА и подлежащих реализации, и результатах реализации рекомендаций ИПРА.

*2. Обеспеченности инвалидов и детей-инвалидов реабилитационными мероприятиями, услугами и техническими средствами реабилитации.*

Согласно данным реабилитационных паспортов субъектов Российской Федерации за 2021 год мероприятия по основным направлениям реабилитации и абилитации, рекомендованные ИПРА, реализованы следующим образом:

взрослые инвалиды: медицинской реабилитации – 1 415 674 человек (13,4 % от общей численности нуждающихся); профессиональной реабилитации – 208 791 человек (4,3 % от общей численности нуждающихся), социально-средовой реабилитации и абилитации – 920 977 человек (9,3 % от общей численности нуждающихся); социально-психологической реабилитации и абилитации – 430 652 человек (6,2 % от общей численности нуждающихся),



социокультурной реабилитации и абилитации – 580 720 человек (10,0 % от общей численности нуждающихся), социально-бытовой адаптации – 619 118 человек (10,2 % от общей численности нуждающихся), физкультурно-оздоровительных мероприятиях, занятиях адаптивным спортом – 113 443 человек (12,5 % от общей численности нуждающихся), обеспечению ТСП (из средств федерального бюджета) – 369 434 человек (9,3 % от общей численности нуждающихся);

дети-инвалиды: медицинской реабилитации – 228 227 человек (31,4 % от общей численности нуждающихся); психолого-педагогической реабилитации или абилитации – 143 268 человек (30,3 % от общей численности нуждающихся); социально-средовой реабилитации или абилитации – 151 603 человек (21,8 % от общей численности нуждающихся); социально-психологической реабилитации или абилитации – 146 458 человек (23,5 % от общей численности нуждающихся); социально-педагогической реабилитации или абилитации – 86 105 человек (13,2 % от общей численности нуждающихся); социокультурной реабилитации или абилитации – 122 712 человек (22,8 % от общей численности нуждающихся); социально-бытовой адаптации – 122 106 человек (25,2 % от общей численности нуждающихся), физкультурно-оздоровительных мероприятиях, занятиях адаптивным спортом – 31 826 человек (17,8 % от общей численности нуждающихся), обеспечению ТСП (из средств федерального бюджета) – 54 886 человек (32,4 % от общей численности нуждающихся).

Анализ указанных выше данных в сравнении с 2019 и 2020 гг. свидетельствует о том, что показатели охвата взрослых инвалидов реабилитационными мероприятиями и услугами по большинству основных направлений реабилитации и абилитации имеют положительную динамику. Вместе с тем, по мероприятиям профессиональной реабилитации произошло снижение в 3 раза с 12,4 % до 4,3 %, что предположительно, связано с ограничениями контактов в связи с коронавирусной инфекцией.

Показатели охвата детей-инвалидов реабилитационными мероприятиями и услугами по большинству основных направлений реабилитации и абилитации, так же как и у взрослых инвалидов, имеют положительную динамику.

Вместе с тем, в части обеспечения детей-инвалидов ТСП за счет средств федерального бюджета произошло снижение численности получивших ТСП с 62 516 чел. в 2020 г. до 54 886 чел. в 2021 г. на фоне пропорционального снижения нуждаемости детей-инвалидов в ТСП.

*3. Реабилитационная инфраструктура и кадровое обеспечение системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.*

Начиная с 2019 г. субъекты Российской Федерации в формах реабилитационных паспортов сообщают о постоянном увеличении количества организаций, включенных в процесс реализации ИПРА инвалидов. Субъектами Российской Федерации такой рост поясняется в основном не открытием новых организаций, а более внимательным подходом к учету их числа.

На 1 января 2022 г. количество организаций, участвующих в реализации ИПРА (далее – реабилитационные организации), составило 36 263 ед., что на 259 реабилитационных организаций больше (на 7,2 %), чем в 2020 г. (36 004 ед.).

Распределение реабилитационных организаций по сферам деятельности представлено следующим образом:

- к сфере образования относятся 21 318 ед. (58,8 %);
- к сфере культуры – 7002 ед. (19,3 %);
- к сфере социальной защиты населения – 3831 ед. (10,6 %);
- к сфере здравоохранения – 1690 ед. (4,7 %);
- к сфере занятости населения – 1628 ед. (4,5 %);
- к сфере физической культуры и спорта – 794 ед. (2,1 %).

В составе реабилитационных организаций преобладают организации сферы образования, что объясняется, как и ранее, включением в реабилитационную инфраструктуру всех образовательных организаций субъектов Российской Федерации, в том числе тех, в которых на момент проведения мониторинга инвалиды и дети-инвалиды не обучались.

Регионы поясняют такой подход соблюдением требований Федерального закона от 29 декабря 2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», в соответствии с которым любая образовательная организация должна оказывать образовательные услуги по адаптивным образовательным программам лицам с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью (позиция органов исполнительной власти в сфере образования большинства субъектов Российской Федерации).

К началу 2022 г. численность реабилитационных организаций увеличилась в сфере культуры на 18,6 % (с 5910 ед. в 2020 г. до 7002 ед. в 2021 г.) и в сфере образования на 0,9 % (с 21 024 ед. в 2020 г. до 21 318 ед. в 2021 г.).

Отдельным показателем, оцениваемым в ходе мониторинга, является количество организаций, включенных в региональные системы комплексной реабилитации и абилитации. В соответствии с требованиями Минтруда России при распределении целевой субсидии из средств федерального бюджета на формирование и развитие системы комплексной реабилитации и абилитации в рамках реализации подпрограммы 2 «Совершенствование системы комплексной реабилитации инвалидов» государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» [2] могут оснащаться реабилитационным оборудованием за счет средств субсидии только организации, включенные в систему комплексной реабилитации.

На 1 января 2022 г. число организаций, включенных в региональные системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, составило 16 953 ед., или 46,8 % от всех реабилитационных организаций. Аналогичный показатель на 1 января 2021 г. – 14 836 организаций, или 41,2 % от общего количества организаций, участвующих в реабилитационных мероприятиях.

Из общего числа организаций, включенных в систему комплексной реабилитации, 2004 организации (11,8 %) оказывают услуги инвалидам в возрасте 18 лет и старше, 9828 (58,0 %) – детям-инвалидам, 5121 (30,2 %) – инвалидам в возрасте 18 лет и старше и детям-инвалидам одновременно.

Распределение таких организаций по ведомственной принадлежности выглядит следующим образом:

- к сфере образования относятся 10 733 ед. (63,3 %);
- к сфере социальной защиты населения – 2773 ед. (16,4 %);
- к сфере занятости населения – 1201 ед. (7,1 %);
- к сфере здравоохранения – 1159 ед. (6,8 %);
- к сфере культуры – 752 ед. (4,4 %);
- к сфере физической культуры и спорта – 335 ед. (2 %).

При этом оценочным показателем уровня включенности организаций в систему комплексной реабилитации и абилитации является удельный вес таких организаций в структуре реабилитационных организаций по сферам деятельности. Так, наибольшие значения данного показателя приходятся на сферы занятости населения (73,8 %), социальной защиты (72,4 %), здравоохранения (68,6 %), образования (50,3 %). На сферу физической культуры и спорта приходится 42,2 %, сферу культуры – 10,7 %.

Приказом Минтруда России от 23 апреля 2018 N 275 «Об утверждении примерных положений о многопрофильных реабилитационных центрах для инвалидов и детей-инвалидов, а также примерных перечней оборудования, необходимого для предоставления услуг по социальной и профессиональной реабилитации и абилитации инвалидов и детей инвалидов» (далее – приказ N 275, положение о многопрофильных центрах) [3] в целях обеспечения функционирования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов введено новое понятие «многопрофильный реабилитационный центр для инвалидов (детей-инвалидов)» (далее – многопрофильный центр).

В соответствии с п. 4 положения о многопрофильных центрах основной задачей многопрофильного центра является обеспечение функционирования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов на основе эффективного межведомственного взаимодействия.

В п. 1 положения о многопрофильных центрах под многопрофильным центром понимается специализированная реабилитационная и абилитационная организация, функционирующая в системе исполнительных органов государственной власти, органов местного самоуправления.

«Специфика работы многопрофильного центра заключается в том, что он может оказывать услуги по медицинской, социальной (социально-бытовой, социально-средовой, социально-психологической, социально-педагогической, социокультурной), профессиональной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе сразу после оказания им специализированной медицинской помощи в медицинских организациях» [4].

Уровни многопрофильных центров в зависимости от спектра оказываемых реабилитационных и абилитационных услуг и рекомендуемого минимального перечня используемого на каждом уровне реабилитационного оборудования утверждены приказом N 275, примерные штатные нормативы многопрофильных центров утверждены приказом Минтруда России от 27 сентября 2017 г. N 700 (далее – приказ N 700) [3].

Начиная с 2019 г. субъектами Российской Федерации проводится работа, в том числе в рамках мониторинга, по отнесению организаций, осуществляющих преимущественно реабилитационную и абилитационную деятельность, к многопрофильным центрам.

По данным реабилитационных паспортов субъектов Российской Федерации за 2021 г. количество многопрофильных центров в субъектах Российской Федерации составило 881 ед., что меньше на 26 ед. аналогичного показателя 2020 г. (907 ед.). Уменьшение количества данных центров не может рассматриваться как признак регресса в выстраивании системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, поскольку субъекты Российской Федерации вправе так или иначе изменять реабилитационную инфраструктуру, в том числе путем реорганизации. Согласно пояснениям, данным регионами, ряд многопрофильных центров утратил статус юридических лиц и был включен в состав других организаций в качестве структурных подразделений. Другая причина уменьшения количества многопрофильных центров связана с проведенной субъектами Российской Федерации ревизией соответствия заявленных в 2020 г. организаций критериям их отнесения к многопрофильным центрам, предусмотренным приказами N 275 и N 700.

Большая часть многопрофильных центров относится к сфере социальной защиты населения (59,7 %). Оставшиеся многопрофильные центры распределяются между сферами образования (16,6 %), занятости населения (13,0 %), культуры (8,9 %), физической культуры и спорта (1,8 %).

Учитывая, что порядок организации деятельности медицинских организаций (отделений), осуществляющих медицинскую реабилитацию взрослых и детей, регламентируется в правовом поле федерального законодательства об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, реабилитационные организации в сфере охраны здоровья в реабилитационный паспорт субъекта Российской Федерации регионами не включаются (позиция органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья абсолютного большинства субъектов Российской Федерации).

Из 881 многопрофильного центра 246 (27,9 %) оказывают услуги инвалидам в возрасте 18 лет и старше, 295 (33,5 %) – детям-инвалидам, 340 (38,6 %) – одновременно инвалидам в возрасте 18 лет и старше и детям-инвалидам.

Представляется целесообразным введение единой номенклатуры организаций, предоставляющих услуги по основным направлениям реабилитации и абилитации взрослым лицам и детям с инвалидностью, и разработка типовых положений об отдельных реабилитационных организациях с указанием их организационно-функциональной структуры и перечнем оказываемых реабилитационных и абилитационных услуг. Это позволит создать инструменты, обеспечивающие возможность проведения более предметного и ориентированного на потребности инвалидов статистического анализа реабилитационной инфраструктуры субъектов Российской Федерации.

В осуществлении реабилитационного процесса принимают участие разные специалисты, среди которых: врачи различных специальностей, средний медицинский персонал, педагоги, психологи, логопеды, дефектологи, специалисты в сфере социальной защиты, отдельные работники в сфере физической культуры и спорта, культуры.

В отчетном периоде в предоставлении реабилитационных и абилитационных услуг инвалидам было задействовано 237,8 тыс. специалистов, в 2020 г. – 242,7 тыс. специалистов. Укомплектованность кадрами реабилитационных организаций в 2021 г. (80,4 %) по сравнению с 2020 г. (81,1 %) находится практически на одном уровне. При этом отмечается существенная дифференциация по уровню укомплектованности кадрами среди регионов. Так, в Ивановской области значение данного показателя составило 48,6 %, в Кемеровской области – 53,1 %, в Алтайском крае – 55,3 %, в Смоленской области – 59,8 %.

Анализ обеспеченности реабилитационных организаций специалистами по итогам 2021 г. показал, что наименее укомплектованы организации кадрами по медицинским специальностям (уровень укомплектованности – 70,1 %).

В целом по Российской Федерации согласно данным реабилитационных паспортов субъектов Российской Федерации по состоянию на 1 января 2022 г. потребность в кадровом обеспечении региональной системы комплексной реабилитации и абилитации составляет более 58,0 тыс. специалистов, в свою очередь, в 2020 г. эта потребность была равна 56,6 тыс. специалистов. Наибольшее количество вакансий по итогам отчетного периода наблюдается по среднему медицинскому персоналу – порядка 24,5 тыс., по логопедам – 3,8 тыс., по педагогам-психологам – 2,9 тыс.

Таким образом, анализ сведений о кадровой обеспеченности организаций, включенных в процесс реабилитации и абилитации инвалидов, свидетельствует о сохраняющемся в течение двух лет кадровом дефиците на уровне 20 %, который преимущественно связан с нехваткой квалифицированных специалистов.

Вместе с тем, для минимизации рисков некачественного предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в условиях нехватки кадрового состава реабилитационных организаций в субъектах Российской Федерации осуществляются мероприятия по повышению уровня профессиональных компетенций специалистов, задействованных в реабилитационном процессе, посредством их обучения по программам повышения квалификации и профессиональной переподготовки. Так, в 2021 г. такое обучение прошли 92 412 специалистов (или 39 % от общего числа фактически работающих специалистов), что на 2090 чел. больше, чем в 2020 г.

*4. Меры, принимаемые субъектами Российской Федерации в целях развития региональных систем комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, и результаты оценки сформированности данных систем.*

Формирование и развитие системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, включая детей-инвалидов, в отчетном периоде осуществлялось в субъектах Российской Федерации с использованием программно-целевого подхода, в том числе в рамках подпрограммы 2 «Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов» государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» [5].

Количество субъектов Российской Федерации, имеющих региональные программы (подпрограммы) и планы мероприятий по сравнению с 2020 г. увеличилось с 73 до 80. Так, к концу 2021 г. 73 региона имели утвержденные государственные программы (подпрограммы) и 4 региона (Республика Ингушетия, Смоленская и Тульская области, Чукотский автономный округ) – планы мероприятий, 3 региона (Ленинградская, Московская области и Ямало-Ненецкий автономный округ) – отдельные мероприятия в рамках других государственных региональных программ.

Не имеют государственных региональных программ (подпрограмм) и планов мероприятий 5 субъектов Российской Федерации: Астраханская область, Карачаево-Черкесская Республика, Ненецкий автономный округ, г. Москва, г. Санкт-Петербург.

С 2019 г. в рамках подпрограммы 2 «Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов» государственной программы «Доступная среда» предусматривается финансовая поддержка субъектов Российской Федерации посредством предоставления из федерального бюджета субсидии на софинансирование расходов, связанных с реализацией мероприятий региональных государственных программ (подпрограмм), разработанных в соответствии с приказом Минтруда России от 26 декабря 2017 N 875 «Об утверждении методики разработки и реализации региональной программы по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов (типовая программа субъекта Российской Федерации)» (далее – приказ N 875) [2].

На основании заключенных в разные годы соглашений между Минтрудом России и субъектами Российской Федерации финансовая поддержка предусматривалась в 2019 г. 18 регионам, в 2020 г. – 39 регионам на плановый период до 2022 г., начиная с 2023 г. – еще 21 субъекту Российской Федерации.

Федеральная субсидия, в соответствии с приказом N 875, может быть использована субъектами Российской Федерации на софинансирование следующих мероприятий:

- приобретение реабилитационного и абилитационного оборудования для оснащения реабилитационных организаций, а также организаций, оказывающих услуги ранней помощи, реализующих мероприятия по сопровождаемому проживанию инвалидов;
- приобретение компьютерной техники, оргтехники и программного обеспечения для оснащения реабилитационных организаций, а также организаций, оказывающих услуги ранней помощи, реализующих сопровождаемое проживание инвалидов;
- проведение обучения специалистов, обеспечивающих осуществление реабилитационных мероприятий инвалидам и детям-инвалидам в различных сферах деятельности, оказание услуг ранней помощи, организацию сопровождаемого проживания инвалидов;
- создание, эксплуатацию и развитие (доработку) единой информационной системы субъекта Российской Федерации в целях формирования системы комплексной реабилитации, включая раннюю помощь и сопровождаемое проживание инвалидов;
- приобретение мебели, бытовой техники в организации, реализующие сопровождаемое проживание инвалидов, для организации сопровождаемого проживания инвалидов;
- проведение обучения инвалидов и детей-инвалидов, членов их семей навыкам ухода, подбору и пользованию техническими средствами реабилитации, реабилитационным навыкам, навыкам самостоятельной жизни.

Государственные программы (подпрограммы) регионов Российской Федерации содержат мероприятия, не требующие финансового обеспечения, в том числе за счет средств федерального бюджета. К таким мероприятиям, в числе прочих, относится совершенствование нормативного правового регулирования региональных систем комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

На конец 2021 г. нормативные правовые акты, затрагивающие вопросы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, приняты в 84 субъектах Российской Федерации, из них 82 региона имеют акты высшего органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации. В отчетном периоде количество регионов, имеющих региональные нормативные правовые акты, затрагивающие вопросы межведомственного взаимодействия в рамках реализации рекомендаций индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов, а также формирования и оценки системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, по сравнению с 2020 г. увеличилось с 67 до 77.

Также по итогам отчетного периода отмечена тенденция роста и внутриведомственного регулирования по всем сферам деятельности. Так, с 73 до 75 увеличилось число регионов, указавших ведомственные акты по вопросам реабилитации и абилитации инвалидов в сфере социальной защиты населения, с 64 до 69 – в сфере здравоохранения, с 66 до 70 – в сфере

занятости населения, с 62 до 66 – в сфере образования, с 36 до 44 – в сфере физической культуры и спорта, с 22 до 28 – в сфере культуры и искусства.

Указанное выше свидетельствует о положительной динамике по включенности органов государственной власти регионов в процесс нормативного правового регулирования вопросов создания и функционирования реабилитационной инфраструктуры, межведомственного и внутриотраслевого взаимодействия.

Вместе с тем, отмечая позитивную динамику в работе по формированию нормативно-правовой базы региональных систем комплексной реабилитации и абилитации, в отдельных субъектах Российской Федерации на протяжении последних двух лет данная деятельность не находит нужного развития. Так, не уделяется должного внимания вопросам межведомственного взаимодействия в Забайкальском крае, Иркутской, Калужской, Сахалинской, Тверской и Томской областях, Республике Ингушетия. В 10 регионах Российской Федерации отсутствуют ведомственные акты, регулирующие реабилитацию и абилитацию инвалидов и детей-инвалидов в сфере социальной защиты населения, в 14 – в сфере занятости, в 16 – в сфере здравоохранения, в 20 – в сфере образования, в 40 – в сфере физической культуры и спорта, в 56 – в сфере культуры.

За исключением двух регионов (Ханты-Мансийского автономного округа, Волгоградской области) отсутствует нормативное закрепление создания многопрофильных центров в соответствии с приказом N 275.

В целях совершенствования и развития, а также формирования комплексного подхода к организации региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов приказом Минтруда России от 30 июня 2017 N 545 утверждена методика оценки региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов (далее – Методика) [1] и рекомендован порядок ее проведения.

В соответствии с Методикой оценка осуществляется субъектами Российской Федерации самостоятельно, периодичность ее проведения не может быть реже одного раза в год.

Методикой предусмотрен интегральный показатель в диапазоне от 1 до 13 баллов, характеризующий развитие системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в регионе. Так, если итоговый результат оценки региональной системы менее 7,2 баллов, то это свидетельствует о необходимости формирования региональной системы с последующей разработкой и реализацией соответствующей программы; от 7,2 до 13 баллов указывает на необходимость совершенствования региональной системы; 13 баллов – о сформированности региональной системы.

Результаты оценки региональной системы служат основанием для принятия субъектом Российской Федерации соответствующих решений по совершенствованию региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов.

По итогам 2021 г. 82 субъекта Российской Федерации произвели оценку своей системы реабилитации и абилитации (по данным реабилитационных паспортов субъектов Российской Федерации), а по итогам 2020 г. – лишь 76 регионов провели самооценку. При этом в отчетном периоде 69 субъектами Российской Федерации оценка проведена повторно, 4 субъектами Российской Федерации (Еврейской автономной областью, Ленинградской областью, Республикой Ингушетия и Чукотским автономным округом) – впервые. В 7 регионах (Республике Алтай, Республике Марий Эл, Забайкальском крае, Волгоградской, Кемеровской, Костромской областях, Ямало-Ненецком автономном округе) оценку проводили лишь в 2020 г.

Не участвовали в оценке системы реабилитации и абилитации инвалидов в 2020 – 2021 годах г. Москва и Ненецкий автономный округ. Город Санкт-Петербург информацию по реабилитационному паспорту субъекта Российской Федерации не представил.

Нормативное закрепление механизма проведения оценки региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов осуществлено только в 51 субъекте Российской Федерации. Однако и этот показатель в сравнении с 2020 г. свидетельствует о небольшой, но положительной динамике участия субъектов Российской Федерации в нормативном

регулировании вопросов проведения оценки региональной системы (на конец 2020 г. таких регионов было 48).

Средний показатель итоговой оценки по всем субъектам Российской Федерации в 2021 г. существенно не изменился, находится примерно на одинаковом уровне с предыдущим отчетным периодом и составляет 8,5 балла против 8,7 балла в 2020 г. Однако приведенное значение свидетельствует о необходимости продолжения совершенствования региональных систем комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

В 16 субъектах Российской Федерации (Амурской, Архангельской, Рязанской, Пензенской, Ростовской, Смоленской, Костромской, Томской областях, Кабардино-Балкарской Республике, республиках Адыгея, Ингушетия, Карелия, Коми, Мордовия, Хакасия, Чукотском автономном округе) показатели итоговой оценки системы реабилитации и абилитации инвалидов составили менее 7,2 балла. Указанный факт свидетельствует о необходимости продолжения совершенствования работы по развитию региональных систем комплексной реабилитации и абилитации в указанных регионах.

Анализ проведенной в субъектах Российской Федерации оценки сформированности региональной системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов свидетельствует о более активное участие регионов в формировании системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

Таким образом, в целом по итогам проведенного за 2021 год мониторинга отмечается наличие положительных тенденций: увеличивается количество организаций, как участвующих в реализации ИПРА инвалидов и ИПРА детей-инвалидов, так и включенных в систему комплексной реабилитации и абилитации; возрастают показатели охвата взрослых инвалидов и детей-инвалидов реабилитационными мероприятиями и услугами по большинству направлений реабилитации и абилитации; увеличивается число регионов, в нормативном плане урегулировавшим вопросы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей инвалидов.

Вместе с тем, одним из основных факторов, затрудняющих развитие системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов на региональном уровне, остается недостаточная урегулированность отдельных вопросов комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей инвалидов, федеральными законодательными и подзаконными актами.

#### **Библиографический список**

1. Об утверждении методики оценки региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов : Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30 июня 2017 N 545. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 10.11.2022). – Текст : электронный.
2. Об утверждении методики разработки и реализации региональной программы по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов (типовая программа субъекта Российской Федерации : Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 26 декабря 2017 N 875. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 10.11.2022). – Текст : электронный.
3. О примерных штатных нормативах организаций, предоставляющих услуги по социальной и профессиональной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов : Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27 сентября 2017 N 700. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 10.11.2022). – Текст : электронный.
4. Об утверждении примерных положений о многопрофильных реабилитационных центрах для инвалидов и детей-инвалидов, а также примерных перечней оборудования, необходимого для предоставления услуг по социальной и профессиональной реабилитации и абилитации инвалидов и детей инвалидов : Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 23 апреля 2018 N 275. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 10.11.2022). – Текст : электронный.

5. **Российская Федерация. Постановления.** Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда»: Постановление Правительства Российской Федерации от 29 марта 2019 N 363. – URL: <http://pravo.gov.ru/> (дата обращения: 10.11.2022). – Текст : электронный.

6. **Федеральная государственная информационная система.** Федеральный реестр инвалидов. – URL: <https://sfri.ru/analitika/chislennost/chislennost-detei?territory=05000000> (дата обращения: 10.11.2022). – Текст : электронный.

**Информация об авторах:** О.Г. Струкова – канд.мед.наук, [strukova\\_og@fbmse.ru](mailto:strukova_og@fbmse.ru), А.А. Ярков, [yarkov\\_aa@fbmse.ru](mailto:yarkov_aa@fbmse.ru), Е.В. Морозова – канд.психол.наук, [elvmorozova@fbmse.ru](mailto:elvmorozova@fbmse.ru), И.Г. Новикова, [novikova\\_ig@fbmse.ru](mailto:novikova_ig@fbmse.ru)

**Information about the authors:** O.G. Strukova – Candidate of Medical Sciences, [strukova\\_og@fbmse.ru](mailto:strukova_og@fbmse.ru), A.A. Yarkov, [yarkov\\_aa@fbmse.ru](mailto:yarkov_aa@fbmse.ru), E.V. Morozova – Candidate of Psychological Sciences, [elvmorozova@fbmse.ru](mailto:elvmorozova@fbmse.ru), I.G. Novikova, [novikova\\_ig@fbmse.ru](mailto:novikova_ig@fbmse.ru)

## **Совершенствование законодательства в области комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в Российской Федерации**

**М.А. Дымочка, И.Г. Новикова, Н.Г. Глазунов**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Москва, 127486, Россия

**Аннотация:** В статье освещены мероприятия по совершенствованию действующего законодательства в области реабилитации и абилитации инвалидов, направленные на становление и развитие в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

**Ключевые слова:** системный подход, комплексная реабилитация и абилитация инвалидов, Концепция развития системы комплексной реабилитации и абилитации, пилотный проект.

## **Improvement of legislation in the area of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people, as well as children with disabilities, in Russian Federation**

**M.A. Dymochka, I.G. Novikova, N.G. Glazunov**

The Federal State Budgetary Institution "Federal Bureau of Medical and Social Expertise", Ministry of Labor and Social Protection of Russian Federation, Moscow, 127486, Russia

**Abstract.** The article reports on measures to improve the current legislation in the field of rehabilitation and habilitation of disabled people, aimed at establishing and developing in Russian Federation a system of complex rehabilitation and habilitation of disabled people, including children with disabilities.

**Key words:** systemic approach, comprehensive rehabilitation and habilitation of the disabled people, Concept of the development of the system of comprehensive rehabilitation and habilitation, pilot project.

Системный подход применяется к формированию комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации относительно недавно. Одним из ключевых документов, давшим толчок к использованию данного подхода к решению вопросов комплексной реабилитации и абилитации, стала Конвенция о правах инвалидов, принятая в 2006 г. Генеральной Ассамблеей ООН (далее – Конвенция), которая была ратифицирована Российской Федерацией в 2012 г. [10].

Результатом присоединения нашей страны к Конвенции стало масштабное совершенствование отечественного законодательства в части, затрагивающей жизни граждан,



имеющих инвалидность. Так, в декабре 2014 г. был принят Федеральный закон N 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов» [8], в соответствии с которым изменения были внесены в 23 нормативно-правовых акта Российской Федерации.

Наибольшее количество дополнений и изменений было внесено в Федеральный закон от 24 ноября 1995 N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (далее – 181-ФЗ) [11], в развитие положений которого были приняты многочисленные ведомственные нормативно-правовые акты, практическая реализация которых позволила повысить доступность для лиц с инвалидностью услуг по реабилитации и абилитации.

Необходимо отметить, что определенный прогресс, достигнутый в каждом из отдельных направлений реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, не устранил один существенный недостаток отечественного правового поля в области реабилитации и абилитации инвалидов – до настоящего времени в Российской Федерации отсутствует единое законодательство системы комплексной реабилитации и абилитации, то есть отсутствует система нормативно-правовых актов, связанных отношениями соподчиненности и координации [7].

В этом вопросе существенным прорывом стало принятие такого стратегического документа, как «Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года», утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2021 N 3711-р (далее – Концепция) [13]. В данной Концепции впервые закреплена научно обоснованный понятийный аппарат системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, а также детализирован целый ряд параметров организационного плана (например, многопрофильный реабилитационный центр, реабилитационная/абилитационная услуга).

В настоящее время вопросы реабилитации и абилитации инвалидов регулируются положениями статьи 9 181-ФЗ, в которой основные направления реабилитации и абилитации инвалидов определены только в назывном порядке и не имеют четко определенных механизмов реализации. Данная ситуация приводит к тому, что мероприятия по социально-средовой, социально-педагогической, социально-психологической и социокультурной реабилитации, социально-бытовой адаптации (далее – социальная реабилитация и абилитация) лиц с инвалидностью осуществляются преимущественно в учреждениях социального обслуживания населения, деятельность которых регулируется нормами законодательства в сфере социального обслуживания.

Между тем содержание и цель предоставления лицам с инвалидностью социально-медицинских, социально-психологических, социально-педагогических, социально-трудовых и других социальных услуг не в полной мере соотносятся с целями социальной реабилитации и абилитации. Кроме того, примерными порядками предоставления социальных услуг [4;5] предусмотрено оформление в дополнение к ИПРА индивидуальной программы предоставления социальных услуг (ИППСУ). Вместе с тем, предоставление социальных услуг инвалидам в возрасте 18 лет и старше осуществляется, исходя из их среднедушевого дохода и, как правило, на условиях частичной платы.

Из вышесказанного следует, что в настоящее время необходимо синхронизировать положения действующего законодательства в сфере социального обслуживания с положениями 181-ФЗ в части предоставления лицам с инвалидностью четко регламентированных и стандартизированных услуг по социальной реабилитации и абилитации.

В этой связи был подготовлен проект федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов» (далее – Законопроект). Целью разработки Законопроекта является развитие на законодательном уровне идей, заложенных в Концепции.

Законопроектом будут внесены изменения в следующие действующие нормативно-правовые акты Российской Федерации: 181-ФЗ (ст. 1 Законопроекта); «Основы законодательства Российской Федерации о культуре» (ст. 2 Законопроекта); Федеральный закон от 4 декабря 2007 N 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» (ст. 3 Законопроекта); Федеральный закон от 06 октября 1999 N 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» (ст. 4 Законопроекта) (далее – 184-ФЗ); Федеральный закон от 27 декабря 2002 N 184-ФЗ «О техническом регулировании» (ст. 5 Законопроекта) и иные законодательные акты, регулирующие отношения в сферах культуры, физической культуры и спорта, в части введения положения о стандартизации предоставления услуг по соответствующим направлениям реабилитации и абилитации инвалидов.

Положения Законопроекта направлены на:

уточнение полномочий Российской Федерации и субъектов Российской Федерации при организации предоставления реабилитационных/абилитационных услуг инвалидам;

законодательное закрепление понятийного аппарата системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов;

уточнение содержания направлений комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, а также полномочий ведомств, участвующих в их реализации;

уточнение вопросов организации межведомственного взаимодействия в рамках предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов;

введение новых межведомственных направлений комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, таких как «ранняя помощь» и «сопровожаемое проживание инвалидов»;

введение понятия «реабилитационная услуга» как нормируемой и стандартизированной основы для взаимодействия между реабилитационными организациями и получателями соответствующих услуг.

Формирование взаимосвязанной системы полномочий органов государственной власти (на федеральном и региональном уровнях) – залог успеха на пути создания оптимальных условий для предоставления качественных услуг по реабилитации и абилитации инвалидам, в том числе детям-инвалидам.

В развитие положений Законопроекта Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации одновременно разрабатывает проекты около тридцати подзаконных нормативных правовых актов, регулирующих отношения в области комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

Таким образом, вышеперечисленные мероприятия по совершенствованию действующего законодательства, регулирующего отношения в области реабилитации и абилитации инвалидов, позволять сформировать законодательную, нормативно правовую и научно методическую базу для развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, а также ознаменуют переход к реализации второго этапа Концепции, в рамках которого планируется создать «организационные условия для предоставления инвалидам современных, доступных и качественных реабилитационных (абилитационных) услуг» [13].

В свою очередь, в целях минимизации рисков, которые могут возникнуть при достаточно существенном реформировании действующего законодательства в области предоставления услуг по реабилитации и абилитации, Правительство Российской Федерации приняло решение о реализации со 2 июня 2022 г. в двух регионах Российской Федерации (Тюменской и Свердловской областях) пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, Правила реализации которого утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2021 N 2339 (далее – Пилотный проект, постановление N 2339) [12].

При отборе регионов Российской Федерации, на территории которых будет реализован вышеназванный пилотный проект, особое значение придавалось сформированности региональной реабилитационной инфраструктуры, в частности учитывалось следующее:

- количество организаций, оказывающих услуги по реабилитации и абилитации детям-инвалидам (далее – реабилитационная организация), а также их коечная мощность и текущая загруженность;
- материально-техническое оснащение реабилитационных организаций, включая реабилитационное и абилитационное оборудование, приобретенное для оснащения данных организаций в рамках реализации мероприятий субъекта Российской Федерации с привлечением средств федерального бюджета в рамках госпрограммы «Доступная среда»;
- перечень оказываемых в реабилитационных организациях реабилитационных и абилитационных услуг, а также их кадровое обеспечение.

В рамках пилотного проекта «под услугой по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов понимается оптимальный набор мероприятий, направленных на возможно более полное восстановление или формирование у ребенка-инвалида способностей к бытовой и общественной деятельности в соответствии с возрастной нормой, включающих в себя основные направления социальной реабилитации – 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» [12].

Основной целевой группой для реализации пилотного проекта были выбраны дети в возрасте от 4 до 17 лет включительно, проживающие на территории пилотных регионов, которым категория «ребенок-инвалид» установлена впервые, начиная с 1 января 2022 г. Дети-инвалиды более младшего возраста не входят в пилотный проект, так как для них наиболее эффективными видами помощи являются услуги по медицинской реабилитации и ранней помощи.

Услуги по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов будут оказываться в реабилитационных организациях пилотных регионов и федеральных учреждениях, предоставляющих услуги по реабилитации и абилитации детям-инвалидам, подведомственных Минтруду России (далее – федеральные учреждения), после подтверждения соответствующей межведомственной комиссией [6] их соответствия критериям, утвержденным приказом Минтруда России от 28 марта 2022 N 177, в соответствии с разработанными стандартами предоставления услуг, утвержденными приказом Минтруда России от 26 апреля 2022 N 261, приказом Минтруда России от 26 апреля 2022 N 262, приказом Минтруда России от 26 апреля 2022 N 263 на курсовой основе.

Длительность курса оказания услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов – 21 день, что по экспертным оценкам является оптимальным с точки зрения оказания комплекса необходимых реабилитационных и абилитационных мероприятий при условии проведения в дальнейшем повторных поддерживающих курсов.

В случае установления ребенку из пилотного региона, направленному на медико-социальную экспертизу впервые, категории «ребенок-инвалид» специалисты федерального учреждения медико-социальной экспертизы соответствующего пилотного региона должны определить целевую реабилитационную группу и дополнительную (при наличии) [2], а также наличие медицинских показаний и отсутствие противопоказаний для получения услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов [1]. При этом дети-инвалиды должны быть маршрутизированы в реабилитационные организации пилотных регионов с учетом их профиля, а также в федеральные учреждения в случае сложных видов реабилитации и абилитации.

Оплату услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в рамках пилотного проекта предлагается осуществлять с использованием электронного сертификата,

предусмотренного Федеральным законом от 30 декабря 2020 N 491-ФЗ «О приобретении отдельных видов товаров, работ, услуг с использованием электронного сертификата» [9], так как это наиболее удобный инструмент доведения бюджетных средств до реабилитационной организации или федерального учреждения, не требующего формирования и подписания избыточных пакетов документов.

Оператором государственной информационной системы электронных сертификатов является Казначейство России. В свою очередь, финансовое обеспечение стоимости электронных сертификатов осуществляет Фонд социального страхования Российской Федерации (далее – ФСС) в пределах средств, выделенных на реализацию пилотного проекта.

Для оценки эффективности предоставляемых в рамках пилотного проекта услуг по комплексной реабилитации и абилитации была разработана методика оценки эффективности услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов (далее – методика, оценка эффективности).

Данная методика была апробирована на базе ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России и согласована с ведущими научными организациями, подведомственными Минтруду России, занимающимися вопросами реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов (ФНЦР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России, ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России и др.), а в дальнейшем утверждена приказом Минтруда России от 5 мая 2022 N 284.

На основании результатов оценки эффективности ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России совместно с Минтрудом России осуществляют анализ сведений о восстановлении, компенсации нарушенных функций организма ребенка-инвалида в целях определения эффективности реализации пилотного проекта и целесообразности его распространения на другие субъекты Российской Федерации.

Кроме того, для реализации пилотного проекта утвержден приказ Минтруда России от 28 марта 2022 N 175 «Об утверждении медицинских показаний и противопоказаний для получения услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, включая случаи, требующие сложных видов реабилитации», положения которого регламентируют механизм направления детей-инвалидов для приобретения услуг по комплексной реабилитации и абилитации в федеральных учреждениях в случаях, требующих сложных видов реабилитации.

Согласно пункту 11 приказа N 175 «к случаям, требующим сложных видов реабилитации ребенка-инвалида на базе федеральных учреждений относятся все случаи, при которых услуги по комплексной реабилитации необходимо оказывать ребенку-инвалиду в сочетании со специализированной и (или) высокотехнологичной медицинской помощью по направлениям: «травматология и ортопедия», «неврология»[1].

Приказом Минтруда России от 12 мая 2022 N 295 утвержден порядок информационного обмена документами при приобретении комплексной реабилитации и абилитации в пользу детей-инвалидов в рамках реализации пилотного проекта [3]. В данном приказе определен широкий круг участников межведомственного информационного обмена (ФСС и его территориальные органы в пилотных регионах; Казначейство России; Пенсионный фонд Российской Федерации; ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России; высшие исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации; главные бюро медико-социальной экспертизы пилотных регионов; реабилитационные организации и федеральные учреждения, участвующие в пилотном проекте).

Участниками межведомственного информационного обмена обеспечивается интеграция ряда федеральных и региональных информационных систем: ГИС ЭС, Единой государственной информационной системы социального обеспечения, Единой интегрированной информационной системы «Соцстрах», федеральной государственной информационной системы «Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы», информационных

систем, используемых реабилитационными организациями и федеральными учреждениями, участвующими в пилотном проекте.

Впервые апробируется алгоритм межведомственного взаимодействия при оказании услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов с использованием защищенных каналов связи для передачи персональных данных детей-инвалидов и их законных представителей между ФСС и ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России. В рамках соглашения об информационном взаимодействии, заключенном между ФСС и ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, сведения о ребенке-инвалиде, нуждающемся в оказании услуг по комплексной реабилитации и абилитации, в электронном виде передаются в ФСС для формирования электронного сертификата в беззаявительной форме, что, свою очередь, существенно упрощает механизм получения услуг по комплексной реабилитации и абилитации.

Подводя итог вышеизложенному, необходимо отметить, что в случае достижения целей Концепции и пилотного проекта, в Российской Федерации возможно сформировать систему комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, которая будет представлять собой систему взаимоувязанных компонентов от федерального уровня до регионального и муниципального уровней.

### Библиографический список

1. Об утверждении медицинских показаний и противопоказаний для получения услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, включая случаи, требующие сложных видов реабилитации : Приказ Минтруда России от 28 марта 2022 г. N 175. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 21.11.2022). – Текст : электронный.

2. Об утверждении методики определения целевых реабилитационных групп детей-инвалидов в зависимости от преимущественного вида стойких расстройств функций организма и ограничений жизнедеятельности : Приказ Минтруда России от 28 марта 2022 N 176. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 21.11.2022). – Текст : электронный.

3. Об утверждении Порядка информационного обмена документами при приобретении комплексной реабилитации и абилитации в пользу детей-инвалидов в рамках реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов : Приказ Минтруда России от 12 мая 2022 г. N 295. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 21.11.2022). – Текст : электронный.

4. Об утверждении Примерного порядка предоставления социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания : Приказ Минтруда России от 24 ноября 2014 N 935н. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 21.11.2022). – Текст : электронный.

5. Об утверждении Примерного порядка предоставления социальных услуг в форме социального обслуживания на дому : Приказ Минтруда России от 24 ноября 2014 N 939н. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 21.11.2022). – Текст : электронный.

6. О межведомственной комиссии по контролю за соответствием организаций, предоставляющих услуги по реабилитации и абилитации детям-инвалидам в пилотных регионах, и федеральных учреждений, предоставляющих услуги пореабилитации и абилитации детей-инвалидов, подведомственных Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации, критериям соответствия данных организаций и федеральных учреждений условиям для предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в пилотных регионах : Приказ Минтруда России от 10 марта 2022 N 123. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 21.11.2022). – Текст : электронный.

7. О нормативных правовых актах в Российской Федерации : Проект Федерального закона (подготовлен Минюстом России) текст по состоянию на 26.12.2014 г.). – URL: <https://docs.cntd.ru/document/420243605> (дата обращения: 07.11.2022). – Текст : электронный.

8. **Российская Федерация. Законы.** О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией

Конвенции о правах инвалидов: Федеральный закон от 1 декабря 2014 N 419-ФЗ. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 07.11.2022). – Текст : электронный.

9. **Российская Федерация. Законы.** О приобретении отдельных видов товаров, работ, услуг с использованием электронного сертификата : Федеральный закон от 30 декабря 2020 N 491-ФЗ. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 07.11.2022). – Текст : электронный.

10. **Российская Федерация. Законы.** О ратификации Конвенции о правах инвалидов : Федеральный закон от 3 мая 2012 N 46-ФЗ. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 07.11.2022). – Текст : электронный.

11. **Российская Федерация. Законы.** О социальной защите инвалидов в Российской Федерации : Федеральный закон от 24 ноября 1995 N 181-ФЗ. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 07.11.2022). – Текст : электронный.

12. **Российская Федерация. Постановления.** О реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов : Постановление Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2021 г. № 2339. – URL: URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 21.11.2022). – Текст : электронный.

13. **Российская Федерация. Распоряжения.** Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2021 N 3711-р. – URL: <http://pravo.gov.ru/> (дата обращения: 07.11.2022). – Текст : электронный.

**Информация об авторах:** М.А. Дымочка – д-р мед.наук, [dmochka@fbmse.ru](mailto:dmochka@fbmse.ru), И.Г. Новикова, [novikiova\\_ig@fbmse.ru](mailto:novikiova_ig@fbmse.ru), Н.Г. Глазунов – канд. филос. наук, [nickglazunov@mail.ru](mailto:nickglazunov@mail.ru)

**Information about the authors:** M.A. Dymochka – Doctor of Medical Sciences, [dmochka@fbmse.ru](mailto:dmochka@fbmse.ru), I.G. Novikova, [novikiova\\_ig@fbmse.ru](mailto:novikiova_ig@fbmse.ru), N.G. Glazunov – Candidate of Philosophical Sciences, [nickglazunov@mail.ru](mailto:nickglazunov@mail.ru)

### **О предварительных результатах реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов на территории Свердловской области**

**А.В. Злоказов, О.Б. Федосеева, Т.Л. Любушкина**

Министерство социальной политики Свердловской области,  
г. Екатеринбург, 620144, Россия

**Аннотация.** В статье рассматриваются промежуточные результаты оказания услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в рамках реализации на территории Свердловской области федерального пилотного проекта. С учетом анализа нормативных правовых документов, принятых для реализации пилотного проекта, структуры детей-инвалидов по целевым реабилитационным группам, предварительных результатов оказания услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов за период с июня по октябрь 2022 года представлены выявленные проблемные вопросы при оказании услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов и предложения по их решению.

**Ключевые слова:** услуга по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, целевая реабилитационная группа, междисциплинарная реабилитационная команда.

### **About preliminary implementation results pilot project for the provision of services comprehensive rehabilitation and habilitation disabled children on the territory Sverdlovsk region**

**A.V. Zlokazov, O.B. Fedoseeva, T.L. Lyubushkina**

The Ministry of social policy of Sverdlovsk oblast, Yekaterinburg, 620144, Russia

**Abstract.** The article discusses the intermediate results of rendering comprehensive rehabilitation and habilitation services for disabled children in the framework of sales on the territory of the Sverdlovsk region federal pilot the project. Taking into account the analysis of regulatory legal documents adopted for implementation of the pilot project, structures of disabled children by target rehabilitation groups, preliminary results of the provision of services for comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled children for the period from June to October 2022 identified problematic issues are presented when providing comprehensive rehabilitation and habilitation services and suggestions for their solution.

**Key words:** comprehensive rehabilitation and habilitation service for disabled children, target rehabilitation group, interdisciplinary rehabilitation team.

*Введение.* Утвержденная в 2021 году Концепция развития в Российской Федерации система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года (далее – Концепция) [9] определила новые подходы к реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, обозначив особенности организации комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов.

Для решения задач реализации Концепции в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2021 N 2339 «О реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов» [8] на территории Свердловской и Тюменской областей с 2021 года реализуется федеральный пилотный проект по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов с использованием электронного сертификата (далее – пилотный проект).

Для отработки подходов к определению нужд детей-инвалидов в реабилитационных/абилитационных услугах, механизмов предоставления услуг, оценки эффективности предоставления услуг Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации принят ряд нормативных правовых актов, осуществлена стандартизация услуг по комплексной реабилитации и абилитации по 11 целевым реабилитационным группам.

Для оказания услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в соответствии с планом мероприятий (дорожной картой) по подготовке к реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов на территории Свердловской области, утвержденным Министерством социальной политики Свердловской области, в организациях социального обслуживания проведены мероприятия по созданию необходимых материально-технических и кадровых условий в соответствии с требованиями, установленными стандартами предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в различных условиях, утвержденными приказами Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 26 апреля 2022 N 261 [4], от 26 апреля 2022 г. N 262 [5], от 26 апреля 2022 N 263 [6] (далее – стандарты).

С целью нормирования и расчета затрат на предоставление услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов Министерством социальной политики Свердловской области утвержден Порядок нормирования и расчета затрат на оказание услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, приобретаемых с использованием электронного сертификата.

*Постановка проблемы.* В Свердловской области проживает более 280 тыс. человек с инвалидностью, что составляет более 6,5 % от численности населения региона, из них более 21 тыс. дети-инвалиды. В последние годы отмечается ежегодное увеличение численности детей-инвалидов. За период с 2017 по 2021 годы численность детей-инвалидов в Свердловской области увеличилась на 14 % (с 18 163 человек до 21 123 человек). На 1 января 2022 г. доля детей с инвалидностью составляет 2,1 % от численности детского населения.

По структуре первичной инвалидности детского населения на I месте психические расстройства и расстройства поведения.

*Цель:* рассмотрение предварительных результатов оказания услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов на территории Свердловской области в рамках пилотного проекта.

*Методы.* В статье использован анализ практической деятельности организаций социального обслуживания Свердловской области, участвующих в пилотном проекте и оказывающих услуги по комплексной реабилитации и абилитации детям-инвалидам в возрасте от 4 до 17 лет с впервые установленной в 2022 году инвалидностью в течение курса реабилитации и абилитации, составляющим 21 день (далее – пилотные организации).

Услуга по комплексной реабилитации и абилитации детям-инвалидам в рамках пилотного проекта включает в себя «оптимальный набор мероприятий, направленных на восстановление или формирование у ребенка-инвалида способностей к бытовой и общественной деятельности в соответствии с возрастной нормой, включающих с себя основные направления реабилитации – 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» [8].

*Результаты.* Возрастная структура детей-инвалидов от 4 до 17 лет, которым категория «ребенок-инвалид» установлена впервые в 2022 году, выглядит следующим образом:

- дети в возрасте от 4 до 7 лет – 47 %;
- дети в возрасте от 8 до 14 лет – 43 %;
- дети в возрасте от 15 до 17 лет – 10 %.

Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 28 марта 2022 N 176 [2] утверждена методика определения целевых реабилитационных групп (далее – ЦРГ) детей-инвалидов в зависимости от преимущественного вида стойких расстройств функций организма и ограничений жизнедеятельности.

Среди детей-инвалидов Свердловской области, которым в 2022 году категория «ребенок-инвалид» установлена впервые, 59,6 % составляют дети-инвалиды с преимущественными нарушениями психических функций (ЦРГ 1). Дети-инвалиды с преимущественными нарушениями функций внутренних органов и систем (ЦРГ 6) составляют 16,4 %; с преимущественными нарушениями нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций (ЦРГ 7) – 11,9 %; дети-инвалиды вследствие новообразований (ЦРГ 10) – 7 %; остальные – 5,1 %.

Для оказания услуг по комплексной реабилитации и абилитации ребенку-инвалиду специалистами междисциплинарной реабилитационной команды пилотной организации разрабатывается индивидуальный маршрут.

В состав междисциплинарной реабилитационной команды входят заведующий отделением комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, специалист по социальной реабилитации/специалист по социальной работе/социальный педагог, юрист-консультант, педагог-психолог/медицинский психолог, логопед/олигофренопедагог/дефектолог, инструктор АФК, культорганизатор, врач-педиатр.

Специалисты междисциплинарной реабилитационной команды:

- проводят диагностику детей-инвалидов, поступающих на комплексную реабилитацию и абилитацию в соответствии со стандартами;
- определяют приемы, методы, технологии, способствующие оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, а также виды, количество мероприятий, сроки их оказания и необходимое к применению реабилитационное оборудование;
- ведут документацию (диагностическую карту, дневник специалиста, рекомендации и т.п.), утвержденную приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 марта 2022 N 188 [7].



При оказании услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов апробируется технология «Куратор случая», в рамках которой осуществляется индивидуальное сопровождение семьи с ребенком-инвалидом при прохождении курса реабилитации и абилитации в пилотной организации, а также в течение определенного периода времени после его завершения. На уровне пилотных организаций разработаны положения о «кураторе случая».

При оказании услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов применяются методики, рекомендованные в стандартах, и другие валидные методики такие, как:

- эргокинезиотерапия, оккупационная, песочная терапия, арт-терапия, сказкотерапия, библиотерапия, игротерапия, изо-терапия;
- методики альтернативной, поддерживающей и дополнительной (невербальной) коммуникации;
- коррекционные, развивающие, логопедические и педагогические методики;
- общеразвивающие и специальные методики в АФК и др.

По окончании курса комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов по каждому ребенку проводится оценка эффективности мероприятий в соответствии с Методикой оценки эффективности услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, утвержденной приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 5 мая 2022 N 284 [3].

За 5 месяцев реализации пилотного проекта услуги по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов получили 309 детей-инвалидов.

Учитывая, что наибольшее количество детей-инвалидов, поступивших и прошедших курс реабилитации в рамках пилотного проекта, составляют дети-инвалиды ЦРГ 1, рассмотрим результаты оценки эффективности на примере данной ЦРГ.

Среди детей-инвалидов с преимущественными нарушениями психических функций положительные результаты по окончании курса реабилитации и абилитации наблюдаются по таким основным категориям жизнедеятельности, как: способность к контролю за своим поведением, способность к самообслуживанию, способность к общению, способность к обучению.

По результату курса реабилитации и абилитации у детей данной ЦРГ частично сформированы навыки:

- самостоятельного обслуживания в быту, в том числе навыки соблюдения личной гигиены, одевания и раздевания, навыки опрятности и поддержания порядка в быту, умение пользоваться бытовыми приборами, знание функционального предназначения жилых помещений и др.;
- персональной сохранности в быту (при пользовании бытовыми приборами, водоснабжением, электричеством и т.д.), безопасного самостоятельного пребывания дома (дифференциация «свой-чужой», навыки пользования домофоном, телефоном, изучен алгоритм действия в экстренных ситуациях дома – пожар, взлом, утечка газа и др.);
- альтернативной коммуникации;
- учебного поведения (понимание и выполнение инструкций, выдерживание времени занятий в учебном режиме и др.), более длительного удерживания внимания, целенаправленной продуктивной учебной деятельности.

Выявлены интересы в сфере организации досуга, сформирована мотивация для продолжения занятий.

Увеличилась толерантность к физическим нагрузкам, мобильность в естественных жизненных ситуациях.

Родители (законные представители) обучены правилам бытового взаимодействия, сотрудничества в процессе совместного проживания с ребенком-инвалидом, установлению руководящего контроля в процессе взаимодействия с ним, включая обучение методам самокоррекции. Родители (законные представители) получили информацию об особенностях

проведения занятий с ребенком в домашних условиях, а также информацию о социальных учреждениях, доступных для ребенка с инвалидностью на территории региона проживания.

По предварительному анализу эффективность комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов с точки зрения достижения цели реабилитации и абилитации, установленной пилотной организацией для ребенка-инвалида на курс продолжительностью 21 день, составляет 98 %.

Наряду с оценкой эффективности услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов проводится оценка мнения родителей (законных представителей) о степени удовлетворенности услугой по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов.

Из числа опрошенных родителей (законных представителей) детей-инвалидов, получивших услуги по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, на вопросы об информированности по перечню планируемых мероприятий, комфортности условий, своевременности и плановости оказания услуг, удовлетворенности качеством оказания услуг, доброжелательности специалистов при оказании услуг и достаточности разъяснительной работы порядка 90 % родителей (законных представителей) ответили положительно. Также 10 % родителей (законных представителей) высказали предложения по улучшению бытовых условий (возможность проживания с ребенком в отдельной комнате, оборудование прачечной и др.). Все предложения родителей рассматриваются и реализуются с учетом возможностей пилотной организации. Готовы рекомендовать пилотную организацию другим семьям, имеющим детей-инвалидов, 99,5 % из числа опрошенных родителей (законных представителей).

В ходе оказания услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в соответствии с разработанными федеральными нормативными правовыми документами выявлены и проблемные вопросы, требующие дальнейшего решения:

- наличие родителей (законных представителей) с низкой мотивацией на получение услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов (8,5 % родителей (законных представителей) отказались от получения услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов);

- отсутствие в стандартах штатных сотрудников, осуществляющих сопровождение детей-инвалидов, получающих услуги по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в стационарных условиях без сопровождающих лиц (соответственно при необходимости привлечения таких специалистов в рамках пилотного проекта отсутствует возможность оплаты их труда);

- отсутствие единообразия документооборота в пилотных организациях (на федеральном уровне отсутствует нормативный правовой акт, утверждающий регламент работы реабилитационной организации по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов);

- отсутствие разграничения целей реабилитации и абилитации, поставленных медико-социальной экспертизой (далее – МСЭ) на срок инвалидности и реабилитационной организацией на курс реабилитации и абилитации (цель, установленная на уровне МСЭ, носит более общий характер, имеет долгосрочный интервал достижения, а цель на уровне реабилитационной организации должна быть более конкретной, учитывать индивидуальные особенности ребенка-инвалида и быть достижимой за курс реабилитации и абилитации).

*Выводы.* Полученные предварительные результаты реализации пилотного проекта подтверждают необходимость правового обеспечения процесса реабилитации и абилитации на федеральном уровне; систематизации предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов; принятию единых организационных подходов и механизмов обеспечения детей-инвалидов реабилитационными и абилитационными услугами; подготовки и повышения профессиональных компетенций специалистов по вопросам реабилитации и абилитации; организации внутреннего контроля качества оказания реабилитационных и абилитационных услуг.

Для решения выявленных проблемных вопросов считаем необходимым рассмотреть возможность:

- разработки памяток, брошюр для родителей (законных представителей) детей-инвалидов по разъяснению на уровне МСЭ необходимости предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детям-инвалидам;
- дополнения стандартов услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в стационарных условиях без проживания сопровождающих лиц услугой «Присмотр и сопровождение детей» с введением обязательных штатных сотрудников (няня/воспитатель/дежурный);
- утвердить приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации перечень обязательных локальных актов в организации, оказывающей услуги по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, включая состав личных дел получателей услуг, положение о междисциплинарной реабилитационной команде и др.);
- постановки цели комплексной реабилитации и абилитации, оценки результативности и эффективности в организации по ведущему ограничению жизнедеятельности с использованием кодов категорий Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья [1].

#### Библиографический список

1. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья : МКФ. – Женева : Всемирная Организация Здравоохранения ; СПб. : Институт усовершенствования врачей-экспертов, 2001. – 346 с. – URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85389/924454542X.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата обращения: 01.11.2022). – Текст : электронный.
2. Об утверждении методики определения целевых реабилитационных групп детей-инвалидов в зависимости от преимущественного вида стойких расстройств функций организма и ограничений жизнедеятельности : Приказ Минтруда России от 28 марта 2022 N 176. – URL: [//www.consultant.ru](http://www.consultant.ru) (дата обращения: 09.11.2022). – Текст : электронный.
3. Об утверждении методики оценки эффективности услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов : Приказ Минтруда России от 5 мая 2022 N 284. – URL: [//www.consultant.ru](http://www.consultant.ru) (дата обращения: 11.11.2022). – Текст : электронный.
4. Об утверждении стандартов предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в полустационарных условиях : Приказ Минтруда России от 26 апреля 2022 N 261. – URL: [//www.consultant.ru](http://www.consultant.ru). (дата обращения: 09.11.2022). – Текст : электронный.
5. Об утверждении стандартов предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в стационарных условиях, включая проживание и питание детей-инвалидов и сопровождающих детей-инвалидов лиц : Приказ Минтруда России от 26 апреля 2022 N 262. – URL: [//www.consultant.ru](http://www.consultant.ru). (дата обращения: 09.11.2022). – Текст: электронный.
6. Об утверждении стандартов предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в стационарных условиях без проживания и питания сопровождающих детей-инвалидов лиц : Приказ Минтруда России от 26 апреля 2022 N 263. – URL: [//www.consultant.ru](http://www.consultant.ru). (дата обращения: 09.11.2022). – Текст: электронный.
7. Об утверждении форм документов для организации и приобретения комплексной реабилитации и абилитации в пользу детей-инвалидов и порядка их формирования для цели реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов : Приказ Минтруда России от 31 марта 2022 N 188. – URL: [//www.consultant.ru](http://www.consultant.ru) (дата обращения: 11.11.2022). – Текст: электронный.
8. **Российская Федерация. Постановления.** О реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов :

Постановление Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2021 N 2339. – URL: [//www.consultant.ru](http://www.consultant.ru). (дата обращения: 09.11.2022). – Текст: электронный.

9. **Российская Федерация. Распоряжения.** Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2021 N 3711-р. – URL: <http://pravo.gov.ru/> (дата обращения: 11.11.2022). – Текст : электронный.

10. **Российская Федерация. Распоряжения.** Об областном исполнительном органе государственной власти Свердловской области, ответственном за проведение организационных мероприятий в целях приобретения услуг по комплексной реабилитации и абилитации в пользу детей-инвалидов с использованием электронного сертификата в период реализации на территории Свердловской области в 2022–2024 годах пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов : Распоряжение Правительства Свердловской области от 30 мая 2022 N 235-ПП. – Текст : непосредственный.

**Информация об авторах:** А.В. Злоказов, канд.экон.наук, [a.zlokazov@egov66.ru](mailto:a.zlokazov@egov66.ru), О.Б. Федосеева, [o.fedoseeva@egov66.ru](mailto:o.fedoseeva@egov66.ru), Т.Л. Любушкина, [t.lyubushkina@egov66.ru](mailto:t.lyubushkina@egov66.ru)

**Information about the authors:** A.V. Zlokazov – Candidate of Economic Sciences, [a.zlokazov@egov66.ru](mailto:a.zlokazov@egov66.ru) О.В. Fedoseeva, [fedoseeva@egov66.ru](mailto:fedoseeva@egov66.ru), Т.Л. lyubushkina, [t.lyubushkina@egov66.ru](mailto:t.lyubushkina@egov66.ru)

### **Роль учреждений медико-социальной экспертизы в реализации пилотных проектов**

**И.Б. Парпура, Н.Е. Смушкина, И.В. Новоселова**

Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Свердловской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Екатеринбург, 620014, Россия

**Аннотация.** Формирование и развитие системы реабилитации инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации является одной из основных задач государственной программы «Доступная среда». В целях развития в ней стратегических направлений необходимы предварительные исследования – пилотные проекты для изучения перспектив, исключения возможных рисков и т.п.

Результаты пилотных проектов, участие в которых принимали учреждения медико-социальной экспертизы, используются или будут использованы в разработке нормативно-правовых актов в соответствующих сферах деятельности.

**Ключевые слова:** пилотный проект, медико-социальная экспертиза, комплексная реабилитация и абилитация инвалидов (детей-инвалидов), целевые реабилитационные группы, оценка эффективности услуг по комплексной реабилитации и абилитации, определение степени утраты профессиональной трудоспособности.

### **The role of medical and social expertise institutions in the implementation of pilot projects**

**Irina B. Parpura, Nadegda E. Smushkina, Irina V. Novoselova**

Federal State Institution "Main Bureau of Medical and Social Expertise in the Sverdlovsk area» Ministry of Labor of Russia, Yekaterinburg, 620014, Russia

**Abstract.** The formation and the development of the rehabilitation system for disabled people and disabled children in the Russian Federation is one of the main tasks of the state program «Accessible Environment». In order to develop strategic directions in it, preliminary studies are needed – pilot projects to study prospects, possible risks elimination, etc.

The results of pilot projects, in which institutions of medical and social expertise participated, are used or will be used in the development of the regulatory legal acts in the relevant fields of activity.

**Key words:** pilot project, medical and social expertise, comprehensive rehabilitation and rehabilitation of disabled people (disabled children), target rehabilitation groups, evaluation of the comprehensive rehabilitation and habilitation services effectiveness, determination of the degree of loss of capacity to professional labour.

Свердловская область является площадкой для осуществления Пилотных проектов в различных сферах – в области образования, промышленности, строительства, культуры, развития спорта и конечно в социальной сфере.

Население Свердловской области составляет 4 290 067 человек, в том числе детское – 938 535 человек, из них инвалидов – 253 490 человек, детей-инвалидов – 21 730 человек.

Государственная услуга по проведению медико-социальной экспертизы на территории области (без учета закрытых территорий) предоставляется Федеральным казенным учреждением «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Свердловской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (далее – ФКУ «ГБ МСЭ по Свердловской области» Минтруда России, Главное бюро), включающим 7 Экспертных составов и 47 бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах (далее – бюро МСЭ).

ФКУ «ГБ МСЭ по Свердловской области» Минтруда России имеет опыт участия в трех Пилотных проектах:

- в 2017-2018 гг. – по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в т.ч. детей-инвалидов;
- в 2018 г. – по отработке подходов при апробации критериев, используемых при определении степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
- в 2022 г. началась реализация Пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов при участии Минтруда России, Фонда социального страхования Российской Федерации (далее – ФСС), Федерального казначейства, с ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России (далее – Федеральное бюро МСЭ), исполнительных органов государственной власти Свердловской и Тюменской областей в сфере социальной защиты, главных бюро МСЭ по Свердловской и Тюменской областям, реабилитационных организаций Свердловской и Тюменской областей.

В Свердловской области в 2017-2018 гг. в рамках подпрограммы «Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов» государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 гг., утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 17 марта 2011 N 175 [7], реализован Пилотный проект по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

В рамках Пилотного проекта были созданы:

- понятийная, нормативно-правовая, ресурсная, организационно-методическая, цифровая (информационно-аналитическая) платформы для формирования системы комплексной реабилитации;
- сформирован порядок межведомственного взаимодействия в системе комплексной реабилитации;
- созданы реестр реабилитационных и абилитационных мероприятий, услуг; реестр организаций, реализующих указанные мероприятия и услуги инвалидам, детям-инвалидам;
- разработан алгоритм формирования межведомственного реабилитационного маршрута для граждан, впервые признанных инвалидами, в зависимости от ограничений жизнедеятельности;

- разработана технология реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) (далее – ИПРА) с использованием единой участковой социальной службы как интеграционной единицы системы комплексной реабилитации;
- разработаны технологические карты и типовые маршруты для инвалидов и семей с детьми-инвалидами.

ФКУ «ГБ МСЭ по Свердловской области» Минтруда России не являлось официальным участником данного Пилотного проекта, однако учитывая основополагающую роль специалистов по медико-социальной экспертизе в общей системе реабилитации инвалидов, принимало участие во всех рабочих совещаниях с Министерством социальной политики Свердловской области, Министерством здравоохранения Свердловской области, круглых столах, встречах с некоммерческими организациями инвалидов и другими общественными структурами, заинтересованными в становлении системы комплексной реабилитации в Свердловской области. Последняя предусматривает осуществление мер по предоставлению инвалидам (детям-инвалидам) возможностей для достижения и сохранения максимальной независимости, реализации физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и полного включения и вовлечения во все аспекты жизни общества путем организации, укрепления и расширения комплексных реабилитационных услуг и программ [11;12]. ФКУ «ГБ МСЭ по Свердловской области» Минтруда России было ознакомлено с проектами документов, вышедшими в ходе Пилотного проекта. Основная роль учреждения медико-социальной экспертизы (далее – учреждения МСЭ) в данном Пилотном проекте заключалась в предоставлении статистической и аналитической информации о структуре инвалидности населения Свердловской области с учетом пола, возраста, классов болезней, о реализации ИПРА.

Достигнутые результаты Пилотного проекта позволили говорить о создании региональной системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в т.ч. детей-инвалидов, в соответствии с их потребностями, а также были использованы при разработке Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2021 N 3711-р [10], были приняты нормативные документы.

В целях реализации мероприятий государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 – 2020 годы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2015 N 1297 [8] приказом Минтруда России от 23 октября 2017 N 739н [1], было утверждено техническое задание Пилотного проекта по отработке подходов при апробации критериев, используемых при определении степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. Период реализации Пилотного проекта составил 2018 год.

Реализацию данного Пилотного проекта осуществляли ФКУ «ГБ МСЭ по Свердловской области» Минтруда России и ФКУ «ГБ МСЭ по Ставропольскому краю» Минтруда России совместно с Федеральным бюро МСЭ и ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России.

Целью Пилотного проекта являлась апробация новых критериев, используемых при определении степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Задачами Пилотного проекта являлись:

- отработка подходов при применении новых критериев, выявление рисков при их внедрении и подготовка предложений по их устранению и минимизации негативных последствий;
- апробация технологии и процедуры проведения медико-социальной экспертизы граждан, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, выявление рисков при применении новых критериев при определении степени утраты профессиональной трудоспособности;

– подготовка предложений по доработке новых критериев.

По итогам реализации Пилотного проекта опыт учреждений МСЭ был использован при подготовке новых критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденных приказом Минтруда России от 30 сентября 2020 N 687н [2].

В настоящее время в период со 2 июня 2022 г. по 31 декабря 2024 г. реализуется Пилотный проект по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов с использованием электронного сертификата в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2021 N 2339 [9].

Одним из участников данного пилотного проекта является ФКУ «ГБ МСЭ по Свердловской области» Минтруда России.

Перед Главным бюро поставлены следующие задачи:

1. Апробировать разработанные для пилотного проекта унифицированные формы документов, в т. ч. электронных, порядок их ведения, а также порядок информационного обмена такими документами.

2. Отработать подходы к определению целевых реабилитационных групп (далее – ЦРГ) детей-инвалидов в зависимости от преимущественного вида стойких расстройств функций организма и ограничений жизнедеятельности, а также нуждаемости детей-инвалидов в услугах по комплексной реабилитации и абилитации.

3. Апробировать подходы по оценке полноты и эффективности оказания услуги по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов.

В целях реализации пилотного проекта ФКУ «ГБ МСЭ по Свердловской области» Минтруда России систематически проводится:

– информирование граждан целевой аудитории о целях и задачах пилотного проекта (семьи детей-инвалидов, в которых ребенку установлена категория «ребенок-инвалид» впервые с 1 января текущего года);

– для специалистов бюро разработаны специальные памятки;

– для родителей детей-инвалидов разработаны информационные брошюры, отражающие информацию о пилотном проекте: направлениях реабилитации, стандартах оказания услуг;

– на официальном сайте Главного бюро разработан раздел, посвященный пилотному проекту, в том числе информация об электронном сертификате, памятка ФСС, бланк Согласия, перечень организаций-участников с контактными данными, буклеты организаций-участников;

– обеспечена работа «горячей линии», назначено должностное лицо, ответственное за взаимодействие с населением, организациями-участниками пилотного проекта;

– организовано информирование общественности в рамках реализации регионального проекта Ассоциации «Особые люди» – «Инфопомощь».

Мероприятия пилотного проекта реализуют специалисты бюро МСЭ педиатрического, специализированного педиатрического и смешанного профилей. Работа специалистов систематизирована, Федеральным бюро МСЭ проведено обучение по оформлению сведений и проведению оценки полноты и эффективности реабилитационных услуг. В общем доступе для бюро МСЭ размещены нормативные правовые документы, информационные материалы, а также материалы для организации и учета работы.

Для проведения запланированных мероприятий проработан механизм межведомственного информационного взаимодействия, разработаны и утверждены унифицированные формы документов, в том числе электронные, и порядки их ведения при приобретении комплексной реабилитации и абилитации в пользу детей-инвалидов.

В ходе Пилотного проекта Главным бюро осуществляется отработка подходов к определению ЦРГ детей-инвалидов в зависимости от преимущественного вида стойких расстройств функций организма и ограничений жизнедеятельности; определяется нуждаемость детей-инвалидов в услугах по комплексной реабилитации и абилитации; прорабатывается

механизм направления детей-инвалидов в федеральные учреждения в случаях, требующих сложных видов реабилитации.

Приказом Минтруда России от 28 марта 2022 N 176 «Об утверждении методики определения целевых реабилитационных групп детей-инвалидов в зависимости от преимущественного вида стойких расстройств функций организма и ограничений жизнедеятельности» [4] определено 11 основных ЦРГ и 45 подгрупп. Это дети-инвалиды с нарушением психических функций, сенсорных функций, языковых и речевых функций, функций внутренних органов и систем, статодинамических функций, с множественными тяжелыми нарушениями вследствие врожденных аномалий, деформаций и хромосомных нарушений, со стомами, вследствие новообразований, вследствие отдельных социально значимых заболеваний, поствакцинальных осложнений.

За период реализации пилотного проекта в Свердловской области категория «ребенок-инвалид» установлена впервые 1310 детям.

Анализ распределения данного контингента по ЦРГ позволяет сделать вывод о доминировании трех ЦРГ (Рисунок 1):

- первое ранговое место занимает ЦРГ 1 (дети-инвалиды с умственной отсталостью) – 777 человек – 59,3 %;
- второе ранговое место занимает ЦРГ 6 (дети-инвалиды с преимущественными нарушениями функций внутренних органов и систем) – 217 человек – 16,6 %;
- третье ранговое место занимает ЦРГ 7 (дети-инвалиды с преимущественными нарушениями нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций) – 156 человек – 11,9 %.

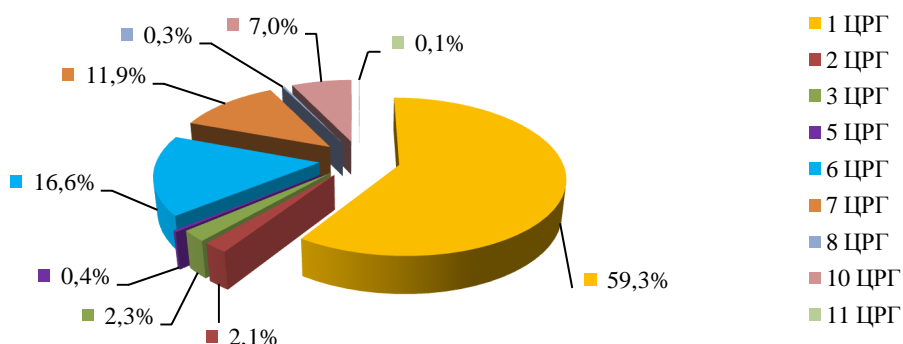


Рисунок 1 – Распределение детей-инвалидов по ЦРГ

По возрастным группам численность детей-инвалидов, участвующих в Пилотном проекте, выглядит следующим образом:

- дети в возрасте 4-7 лет – 612 чел. (46,7 %);
- дети в возрасте 8-14 лет – 557 чел. (42,5 %);
- дети в возрасте 15-17 лет – 141 чел. (10,8 %).

В рамках межведомственного информационного взаимодействия Главным бюро были заведены сведения на детей-инвалидов во временно действующую информационную систему в целях предоставления сведений в электронном виде в ФСС для формирования электронных сертификатов. С 12 августа 2022 года механизм передачи сведений изменился. Специалистами бюро МСЭ вносятся сведения об участии в пилоте непосредственно в ЕАВИИАС МСЭ, что значительно облегчает и ускоряет работу.

Всего сведения заведены на 930 детей, родители которых предоставили согласие на участие в пилотном проекте, что составило 71,0 % от количества детей, которым впервые установлена категория «ребенок-инвалид».



Не все родители соглашаются на участие детей в Пилотном проекте. Нами проанализированы основные причины отказов родителей (законных представителей) детей-инвалидов от получения услуги по комплексной реабилитации и абилитации в ходе пилотного проекта и выделены наиболее значимые. Так, из 89 человек:

- не считают необходимым проведение реабилитации и абилитации (несмотря на разъяснения специалистов учреждений МСЭ) – 32 человека, что составляет 36 % от общего числа отказов;
- были заранее запланированы другие мероприятия (семейный отдых, санаторно-курортное лечение и др.) на летний период – 35 человек или 40 %;
- считают, что прохождение реабилитации в осенне-зимний период может негативно сказаться на успеваемости – 8 человек или 10 %;
- отдаленность предлагаемых реабилитационных организаций от места жительства ребенка-инвалида, нежелание проходить курс в стационарной форме – 14 человек или 15 %.

В разрезе ЦРГ отказы родителей (законных представителей) от услуги по комплексной реабилитации детей-инвалидов распределились следующим образом (Рисунок 2):

- 1) ЦРГ 1 – дети-инвалиды с преимущественными нарушениями психических функций – 48 человек (52,8 %);
- 2) ЦРГ 6 – дети-инвалиды с преимущественными нарушениями функций внутренних органов и систем, в том числе вследствие врожденных аномалий (пороков развития) соответствующих органов и систем – 27 человек (30,3 %);
- 3) ЦРГ 7 – дети-инвалиды с преимущественными нарушениями нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций – 7 человек (7,8 %);
- 4) ЦРГ 2 – дети-инвалиды с преимущественными нарушениями сенсорных функций (зрения) – 4 человека (4,5 %);
- 5) ЦРГ 3 – дети-инвалиды с преимущественными нарушениями сенсорных функций (слуха) – 2 человека (2,3 %);
- 6) ЦРГ 10 – дети-инвалиды вследствие новообразований – 2 человека (2,3 %).

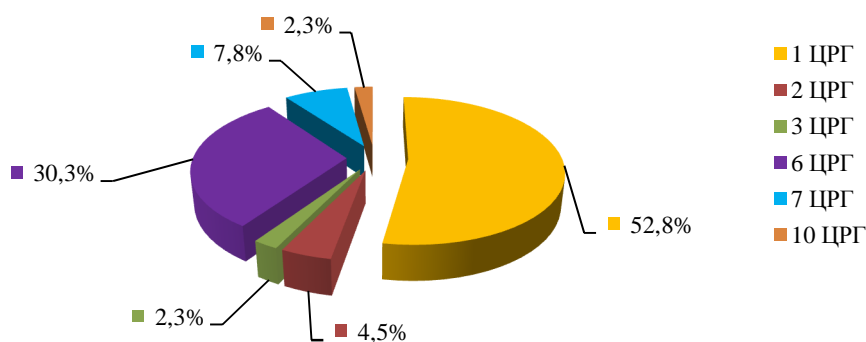


Рисунок 2 – Распределение отказов родителей от комплексной реабилитации детей-инвалидов в разрезе ЦРГ

Медицинские показания и противопоказания для получения услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, включая случаи, требующие сложных видов реабилитации, утверждены приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 22 марта 2022 N 175 [3].

Основная доля медицинских противопоказаний (87 случаев) приходится на онкологические заболевания – 80,4 %; на втором месте – заболевания и состояния, требующие интенсивного медицинского наблюдения, лечения или ухода – 11,5 % (Рисунок 3), далее следуют хронические психические расстройства и расстройства поведения, требующие медицинского наблюдения и лечения в стационарных или амбулаторно-поликлинических условиях в медицинской организации (3,5 %), эпилепсия и судорожные синдромы с тяжелой формой течения,

фармакорезистентные (2,3 %) и хронические инфекционные заболевания в стадии обострения, тяжелого течения (2,3 %).

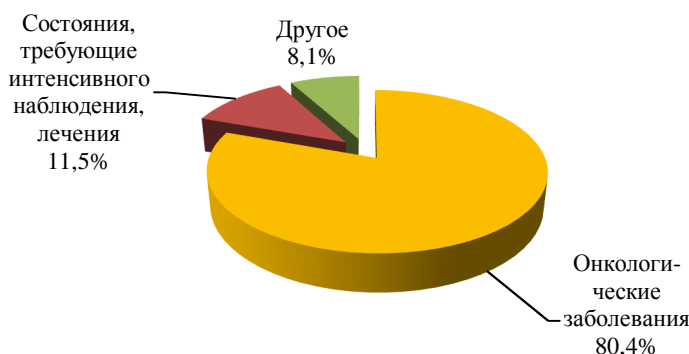


Рисунок 3 – Структура медицинских противопоказаний для получения услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов

Услуги по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в рамках Пилотного проекта оказываются в 7 реабилитационных организациях Свердловской области, прошедших отбор в соответствии с критериями, утвержденными Минтруда России [5], а также в Федеральном бюро МСЭ.

Организации оказывают услуги в стационарной форме без сопровождения, в стационарной форме с сопровождением и в полустационарной форме. Продолжительность курса оказания услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов составляет 21 день.

По результатам полученных услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов Главным бюро в установленные сроки проводится оценка их полноты и эффективности в соответствии с Методическими рекомендациями, утвержденными приказом Минтруда России от 5 мая 2022 N 284 [6].

За прошедший период в Свердловской области получили комплексную реабилитацию 185 детей, из них 22 ребенка завершили курс реабилитации и абилитации досрочно, ранее 21 дня. Основными причинами досрочных отказов от курсов реабилитации отмечались:

- болезнь ребенка – 9 случаев (40,9 %);
- семейные обстоятельства (не с кем оставить второго ребенка, проблемы на работе, поездка) – 13 человек (59,1 %).

Практически у всех детей, прошедших полный курс реабилитации, оценка по утвержденной методике показала эффективность проводимых мероприятий.

Родители положительно отзываются о полученных реабилитационных услугах по комплексной реабилитации в пользу своих детей-инвалидов.

Проведение Пилотного проекта позволит отработать подходы по определению нуждаемости детей-инвалидов в услугах по комплексной реабилитации и абилитации, целевых реабилитационных групп, апробировать методику по оценке полноты и эффективности оказания услуг, а также отработать организационно-правовые механизмы информационного межведомственного взаимодействия.

Таким образом, по результатам реализации Пилотных проектов с участием специалистов по медико-социальной экспертизе выработаны конкретные предложения, реализованные в уже действующих приказах Минтруда России, а также будут подготовлены предложения в целях совершенствовании системы комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов.

### Библиографический список

1. Об утверждении технического задания пилотного проекта по отработке подходов при апробации критериев, используемых при определении степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных

заболеваний : приказ Минтруда России от 23 октября 2017 N 739н. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201711200030> (дата обращения: 10.10.2022). – Текст : электронный.

2. Об утверждении критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний : приказ Минтруда России от 30 сентября 2020 N 687н. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202012170039> (дата обращения: 10.10.2022). – Текст : электронный.

3. Об утверждении медицинских показаний и противопоказаний для получения услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, включая случаи, требующие сложных видов реабилитации : приказ Минтруда России от 22 марта 2022 N 175. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 10.10.2022). – Текст : электронный.

4. Об утверждении методики определения целевых реабилитационных групп детей-инвалидов в зависимости от преимущественного вида стойких расстройств функций организма и ограничений жизнедеятельности : приказ Минтруда России от 28 марта 2022 N 176. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 10.10.2022). – Текст : электронный.

5. Об утверждении критериев соответствия организаций, предоставляющих услуги по реабилитации и абилитации детям-инвалидам в пилотных регионах, и федеральных учреждений, предоставляющих услуги по реабилитации и абилитации детей-инвалидов, подведомственных Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации, условиям для предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в пилотных регионах : приказ Минтруда России от 28 марта 2022 N 177. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 10.10.2022). – Текст : электронный.

6. Об утверждении методики оценки эффективности услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов : приказ Минтруда России от 5 мая 2022 N 284. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 10.10.2022). – Текст : электронный.

7. **Российская Федерация. Постановления.** Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 – 2020 годы : Постановление Правительства Российской Федерации от 17 марта 2011 N 175. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 10.10.2022). – Текст : электронный.

8. **Российская Федерация. Постановления.** Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 – 2020 годы : Постановление Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2015 N 1297. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201512040005> (дата обращения: 10.10.2022). – Текст : электронный.

9. **Российская Федерация. Постановления.** О реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов» (вместе с «Правилами реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов : Постановление Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2021 N 2339). – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202112220041> (дата обращения: 10.10.2022). – Текст : электронный.

10. **Российская Федерация. Распоряжения.** Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года : распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2021 N 3711-р. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202112280026> (дата обращения: 10.10.2022). – Текст : электронный.

11. Шестакова, Е.В. Реабилитационные технологии и мобильность / Е.В. Шестакова. – Текст : непосредственный // Международная научная конференция «Технологии реабилитации : наука и практика» : материалы международной научной конференции, Санкт-Петербург, 25-26 апреля 2018 года / Минтруд России ; [Глав. ред. д-р мед. наук, проф., Г.Н.Пономаренко]. – СПб. : ООО «Р-КОПИ», 2018. – С. 160-162.

12. Шестакова, Е.В. Инновационные цифровые технологии в социально-педагогической реабилитации детей-инвалидов и членов их семей / Е.В. Шестакова, Т.В. Рогачева. – Текст :

непосредственный // Сборник статей по материалам V Международной научно-практической конференции. – Симферополь, 2021. – С. 207-211.

**Информация об авторах:** И.Б. Парпура, *parpura-ib@mseso.ru*, Н.Е. Смушкина, *smushkina-ne@mseso.ru*, И.В. Новоселова – канд.мед.наук, *novoselova-iv@mseso.ru*

**Information about the authors:** Irina B. Parpura, *parpura-ib@mseso.ru*, Nadezda E. Smushkina, *smushkina-ne@mseso.ru*, Irina V. Novoselova – Candidate of Medical Sciences, *novoselova-iv@mseso.ru*

### **Актуальные вопросы реализации начального этапа пилотного проекта комплексной реабилитации детей-инвалидов в Тюменской области**

**Н.В. Олькова<sup>1</sup>, Т.К. Муртазина<sup>1</sup>, А.Ж. Мишкин<sup>1</sup>, Е.В. Горбачёв<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Тюменской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Тюмень, 625031, Россия

<sup>2</sup>Департамент социального развития Тюменской области, г. Тюмень, 625000, Россия

**Аннотация.** Для предоставления детям-инвалидам современных, доступных и качественных реабилитационных и абилитационных услуг необходимо создание соответствующих организационных условий, которые в настоящее время апробируются в рамках пилотного проекта комплексной реабилитации детей-инвалидов в Тюменской и Свердловской областях. Целью исследования является анализ структуры реабилитационных потребностей детей-инвалидов в разрезе целевых реабилитационных групп и подгрупп, а также выявленных проблемных вопросов в начале реализации пилотного проекта и возможных мер по их минимизации. Основную долю детей-инвалидов, нуждающихся в курсах реабилитации, составили дети с преимущественными нарушениями психических функций, проявляющимися нарушением речи. Первые итоги Пилотного проекта в Тюменской области показывают хорошие результаты: родители заинтересовались пилотным проектом, все дети, прошедшие комплексную реабилитацию и абилитацию, показали положительную динамику. За июнь-октябрь 2022 года 32,2 % детей-инвалидов получили курсы комплексной реабилитации. Выявленные проблемы частично удалось решить, однако необходимо совершенствование как нормативно-правовых документов, так и методических подходов, а также организационных технологий.

**Ключевые слова:** комплексная реабилитация и абилитация детей-инвалидов, оценка эффективности реабилитации, стандарты реабилитации, целевая реабилитационная группа (ЦРГ), электронный сертификат.

### **Topical issues of the implementation of the initial stage of the pilot project of complex rehabilitation of disabled children in the Tyumen region**

**Nadezhda V. Olkova<sup>1</sup>, Tatiana K. Murtazina<sup>1</sup>, Alexander J. Mishkin<sup>1</sup>,  
Evgeny V. Gorbachev<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Federal State Institution "Main Bureau of Medical and Social Expertise for the Tyumen Region" of the Ministry of labor and social protection of the Russian Federation, Tyumen, 625031, Russia

<sup>2</sup>Department of Social Development of the Tyumen Region Tyumen, 625000, Russia

**Abstract.** To provide disabled children with modern, affordable and high-quality rehabilitation and habilitation services, it is necessary to create appropriate organizational conditions, which are currently being tested as part of a pilot project for the complex rehabilitation of disabled children in the Tyumen and Sverdlovsk regions. The purpose of the study is to analyze the structure of the rehabilitation needs of children with disabilities in the context of target rehabilitation groups and subgroups, as well as identified problematic issues at the beginning of the pilot project and possible measures to minimize them. The main proportion of disabled children in need of rehabilitation

courses were children with predominant mental disorders, manifested by speech impairment. The first results of the pilot project in the Tyumen region show good results: parents are interested in the pilot project, all children who have undergone complex rehabilitation and habilitation have shown positive dynamics. For June-October of 2022, 32.2 % of disabled children received complex rehabilitation courses. The identified problems were partially solved, but it is necessary to improve both legal documents and methodological approaches, as well as organizational technologies.

**Key words:** complex rehabilitation and habilitation of disabled children, assessment of the effectiveness of rehabilitation, rehabilitation standards, target rehabilitation group (TsRG), electronic certificate.

*Введение.* Отсутствие утвержденных стандартов реабилитации инвалидов и механизма финансирования реабилитационных курсов приводит к невозможности получить качественные услуги [5, с. 48-49]. Целью пилотного проекта является отработка механизма приобретения услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов с использованием электронного сертификата. Правила реализации пилотного проекта в 2 субъектах Российской Федерации (Свердловская и Тюменская области) в течение 2022 – 2024 гг. утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2021 N 2339 [4].

Под услугой комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов согласно Правилам пилотного проекта понимается оптимальный набор мероприятий, направленных на восстановление или формирование у ребенка-инвалида способностей к бытовой и общественной деятельности в соответствии с возрастной нормой, включающих в себя социально-бытовую адаптацию, социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую, социокультурную реабилитацию и абилитацию, профессиональную ориентацию, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни, занятиям адаптивной физической культурой и адаптивным спортом.

Реализация пилотного проекта предусмотрена в 2 этапа – организационный и практический, включает много новелл, что сопряжено с различными рисками. Целью исследования является анализ структуры реабилитационных потребностей детей-инвалидов в разрезе целевых реабилитационных групп и подгрупп, а также выявленных проблемных вопросов при реализации пилотного проекта и возможных мер по их минимизации.

*Методы исследования:* ретроспективный анализ, которому подверглись этапы реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в течение первых 10 месяцев 2022 года в Тюменской области.

*Результаты и обсуждение.* В Пилотном проекте участвуют дети, впервые признанные инвалидами (далее – ВПИ) после 01.01.2022 г., в возрасте от 4-х до 17-ти лет. Срок действия электронного сертификата – 12 месяцев со дня первичного установления категории «ребенок-инвалид» в федеральном учреждении медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ). Услуги по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида должны быть завершены до окончания срока действия электронного сертификата.

Задачами пилотного проекта являются:

- отработка подходов к определению учреждениями МСЭ целевых реабилитационных групп (далее – ЦРГ) детей-инвалидов;
- отработка механизма приобретения услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов с использованием электронного сертификата;
- отработка механизма направления детей-инвалидов для приобретения услуг по комплексной реабилитации и абилитации у федеральных учреждений в случаях, требующих сложных видов реабилитации;
- обеспечение услуг по комплексной реабилитации и абилитации и проведение оценки эффективности оказанных услуг на основе утвержденных Минтрудом России стандартов и методики оценки реализации этих курсов реабилитации;

– отработка межведомственного информационного взаимодействия.

Услуги по комплексной реабилитации и абилитации в рамках пилотного проекта реализуются в семи реабилитационных организациях (далее – РО) Тюменской области. Для реализации курса реабилитации в стационарной форме определены три организации:

1. Областной реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Родник».

2. Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма».

3. Детский психоневрологический дом-интернат.

Для реализации курса реабилитации в полустационарной форме определено пять организаций:

1. Областной центр реабилитации инвалидов.

2. Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Согласие» г. Ишима.

3. Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних г. Тобольска.

4. Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних с. Омутинское.

5. Комплексный центр социального обслуживания населения Тюменского района (с 2023 года).

Все организации укомплектованы современным реабилитационным оборудованием, квалифицированными кадрами согласно стандартов комплексной реабилитации. Реабилитационные организации известны в Тюменской области, имеют хорошую репутацию в родительском сообществе, многие родители получали в них услуги по ранней помощи, и это сыграло немаловажную роль в реализации пилотного проекта.

На организационном этапе РО закупали реабилитационное оборудование, включенное в стандарты комплексной реабилитации, искали и обучали необходимых специалистов. В апреле 2022 года специалистами Федерального бюро МСЭ было проведено обучение и специалистов учреждений МСЭ, и специалистов РО. Буквально с начала 2022 года была начата информационная компания и специалистами учреждения МСЭ, и специалистами Департамента социального развития по реализации пилотного проекта – выступления на телевидении, радио, информирование общественных организаций инвалидов, членов Общественного Совета при Главном бюро МСЭ по Тюменской области (далее – ГБ МСЭ), непосредственно родителей. Значительно усилена была эта работа с мая-июня – на сайте учреждения МСЭ и сайтах РО размещен специальный раздел, закреплена информация в социальных сетях для целевой аудитории. Родители уже были подготовлены и ждали реализации второго этапа – практического – с 2 июня.

В целях пилотного проекта Минтруд России утвердил методику определения целевых реабилитационных групп (ЦРГ) детей-инвалидов [6, с. 50-51]; медицинские показания и противопоказания для получения услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, включая случаи, требующие сложных видов реабилитации; стандарты предоставления услуг, методику оценки эффективности услуг.

Соответственно всем ВПИ детям определена основная (при необходимости и дополнительная) ЦРГ, показания и противопоказания для проведения комплексной реабилитации и абилитации в реабилитационных организациях области [3, с. 44-45].

Поскольку услугой по комплексной реабилитации и абилитации можно воспользоваться в течение 1 года после первичного установления категории ребенок-инвалид, в Тюменской области все дети 3-летнего возраста, которым исполнится 4 года в течение года после освидетельствования, также учитываются с целью дальнейшего участия в проекте.

В начале этой работы было очень много опасений: будут ли востребованы родителями курсы комплексной социальной реабилитации, в которых нет медицинских технологий? Будут ли родители передавать специалистам МСЭ номера карт Мир для последующего оформления на эту карту электронного сертификата из-за распространенного мошенничества с картами? Не возникнет ли обвинений в коррупции? Будут ли родители соглашаться на передачу персональных данных их и ребенка в Федеральное бюро МСЭ, органы Фонда социального

страхования и органы социальной защиты населения? Процесс реализации пилотного проекта показал, что некоторые наши опасения не подтвердились, хотя часть имеют место.

На 31.10.2022 г. в проект включены 778 детей, впервые признанных инвалидами после 01.01.2022 г., которым уже исполнилось 4 года. Ещё 103 ребенка, которым в течение года после освидетельствования исполнится 4 года, смогут пройти комплексную реабилитацию и абилитацию.

Однако у 20 детей выявлены противопоказания, и 56 семей отказались от участия в пилоте, соответственно нуждаемость в курсах комплексной реабилитации (далее – КР) была выявлена у 702 детей. Из них прошли к настоящему времени курсы КР 226 детей, или 32,2 %. Сейчас начали курс еще 64 ребенка.

У 2,6 % детей выявлены противопоказания к комплексной реабилитации, из них в 80 % причиной противопоказаний являются злокачественные новообразования, требующие противоопухолевого лечения, в том числе проведения химиотерапии; в 10 % имеют место заболевания и состояния, требующие интенсивного медицинского наблюдения, лечения или ухода, в 5 % случаев причины противопоказаний составили обострения хронических неинфекционных заболеваний внутренних органов и систем, требующие медицинского наблюдения и лечения в стационарных или амбулаторно-поликлинических условиях, а также эпилепсия с тяжелой формой течения.

За 10 месяцев выявлено 2 случая, требующих сложных видов реабилитации в федеральных центрах, документы направлены в Федеральное бюро МСЭ для рассмотрения.

Также постоянно анализируются причины отказов от участия в пилотном проекте. Удельный вес отказов составляет 7,2 %, наиболее часто по следующим причинам:

- в связи с наличием в семье других детей, за которыми требуется уход, что затрудняет сопровождение родителем ребенка-инвалида в ходе курса по реабилитации и абилитации – 23,2 %;
- отсутствие медицинской реабилитации среди мероприятий, включенных в услугу по комплексной реабилитации – 19,1 %, то есть это наше опасение оправдалось, но в небольшом проценте случаев;
- заранее запланированы мероприятия с ребенком (отдых, санаторно-курортное лечение и др.) в летний период, а реабилитация в осенне-зимний период может сказаться на учебе в школе – 37,5 %;
- несмотря на разъяснения специалистов учреждений МСЭ не считают необходимым проведение реабилитации и абилитации – 10,1 %, это наше опасение тоже частично оправдалось;
- отдаленность профильных реабилитационных организаций от места жительства ребенка-инвалида, при этом нежелание проходить курс в стационарной форме – 10,1 %.

А вот опасения, касающиеся карт Мир – практически не оправдались, в единичных случаях родители не передают нам номер карты. Обвинений в коррупции также за прошедший период не было.

Из 702 детей-инвалидов наибольшее количество – 76,3 % (536 человек) составили дети с преимущественными нарушениями психических функций, которым определена ЦРГ 1; 11,8 % (83 человека) – ЦРГ 6 (с преимущественными нарушениями функций внутренних органов и систем); 5,4 % (38 человек) – ЦРГ 7 (с преимущественными нарушениями нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций);

Остальные группы патологий составили существенно меньшие доли:

2,4 % (17 человек) – слепые и слабовидящие дети (ЦРГ 2);

1,9 % (13 человек) – глухие и слабослышащие (ЦРГ 3);

1,6 % (11 человек) – онкологические заболевания (ЦРГ 10);

0,4 % (3 человек) – дети-инвалиды с преимущественными нарушениями языковых и речевых функций различного генеза, не включенные в другие целевые реабилитационные группы (ЦРГ 5);

0,1 % (1 человек) – дети-инвалиды с аномальными отверстиями (стомами) пищеварительного тракта, дыхательной, мочевыделительной системы (ЦРГ 9).

В структуре ВПИ детей с наибольшей ЦРГ 1 по подгруппам сложилась следующая картина:

– 77,6 % (416 человек) составили дети-инвалиды со специфическими расстройствами психологического развития, расстройствами развития речи и языка, учебных навыков, моторных функций, которым была определена ЦРГ 1.2;

– 12,7 % (68 человек) составили дети с ЦРГ 1.1 (нарушения интеллекта);

– 6,2 % (33 человека) – ЦРГ 1.3 (расстройства личности и поведения).

Остальные подгруппы представлены небольшими долями:

– 1,9 % (10 человек) – ЦРГ 1.5 (расстройства, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга различного генеза, кроме деменции);

– 0,9 % (5 человек) – ЦРГ 1.4 (преимущественные эпизодические и пароксизмальные расстройства различного генеза (различные формы эпилепсии);

– 0,6 % (3 человека) – ЦРГ 1.7 (дети-инвалиды с шизофренией, шизотипическими состояниями и бредовыми расстройствами, расстройствами настроения (аффективными расстройствами);

– 0,2 % (1 человек) – ЦРГ 1.6 (дети-инвалиды с деменцией различного генеза (приобретенным органическим слабоумием).

В структуре ВПИ с ЦРГ 6 по подгруппам сложилась следующая картина:

– 60,2 % (50 человек) – ЦРГ 6.6 (сахарный диабет);

– 19,3 % (16 человек) – ЦРГ 6.2 (преимущественные нарушения функций системы крови и иммунной системы);

– по 4,8 % (по 4 человека) – ЦРГ 6.4 (преимущественные нарушения функций системы пищеварения, кроме детей-инвалидов со стомами пищеварительного тракта) и ЦРГ 6.5 (преимущественные нарушения функций эндокринной системы и метаболизма, кроме сахарного диабета, фенилкетонурии и муковисцидоза);

– 3,6 % (3 человека) – ЦРГ 6.1 (преимущественные нарушения функций сердечно-сосудистой системы);

– по 2,4 % (2 человека) – ЦРГ 6.7 (фенилкетонурия и другие орфанные заболеваниями) и ЦРГ 6.9 (преимущественные нарушения мочевыделительной функции, кроме детей-инвалидов со стомами мочевыделительной системы и нуждающихся в диализе);

– по 1 % (1 человек) – ЦРГ 6.3 (преимущественные нарушения функций дыхательной системы) и ЦРГ 6.11 (преимущественные нарушения функций кожи и связанной с ней систем).

В структуре ВПИ с ЦРГ 7 по подгруппам наблюдается следующее:

– 36,8 % (14 человек) – ЦРГ 7.2 (другие болезни центральной и периферической нервной системы, проявляющиеся в первую очередь нарушениями нейромышечных и связанных с движением (статодинамических) функций (врожденные аномалии развития нервной системы, системные атрофии, демиелинизирующие и другие болезни нервной системы);

– 21,1 % (8 человек) – ЦРГ 7.4 (преимущественные нарушения функций нижних конечностей);

– по 13,2 % (по 5 человек) – ЦРГ 7.1 (детский церебральный паралич) и ЦРГ 7.9 (врожденные аномалии развития позвоночника, спинного мозга, грудной клетки). Детей с ДЦП в пилот включено мало, т.к. инвалидность этим детям, как правило, устанавливается в раннем возрасте, а в пилот включены дети с 4 лет.

– 10,5 % (4 человека) – ЦРГ 7.5 (нарушения функций одновременно верхних и нижних конечностей вследствие заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани);

– 5,3 % (2 человека) – ЦРГ 7.3 (последствиями травм головы, шеи, позвоночника, центральной и периферической нервной системы, конечностей).

После поступления сведений на ребенка-инвалида из ГБ МСЭ в органы социальной защиты специалистами АНО Областной Центр реабилитации инвалидов (далее – ОЦРИ), который является координатором, проводится индивидуальная работа с родителями, подробное информирование о РО, предлагаемых ребенку, формах реабилитации, согласование выбранных РО и сроков реабилитации. Выбор конкретной РО и формы реабилитации – за родителями.



После окончания курса реабилитации специалистами РО проводится 1 этап оценки эффективности по утвержденной Минтрудом России специальной методике и направляется соответствующая информация в учреждение МСЭ.

На 31.10.2022 г. в учреждение МСЭ поступило 210 форм о результатах комплексной реабилитации и абилитации на детей-инвалидов, из которых 9 выбыли досрочно без контрольной диагностики. Проанализированы причины выбытия детей с курса КР досрочно – в 80 % это семейные обстоятельства (второй маленький ребенок в семье, беременность мамы и т.п.), 20 % – острое заболевание реабилитируемого ребенка.

По 201 ребенку нами проведен 2-й этап оценки эффективности комплексной реабилитации и абилитации – во всех случаях суммарная оценка эффективности составила 5 и более (от 5 до 16) баллов (в среднем 9,87 баллов), что позволяет оценить проведенную комплексную реабилитацию и абилитацию детей-инвалидов как эффективную.

Вместе с тем выявлен ряд проблем:

1. Слишком детализированы ЦРГ и подгруппы, например, ребенок со склеродермией, преимущественные нарушения функций организма – иммунитета и кожи, это одна ЦРГ 6, но разные подгруппы – 6.2 и 6.11, а Стандарт реабилитации фактически одинаковый. То есть можно рассмотреть вопрос укрупнения ЦРГ и подгрупп исходя из базовых отличий в реабилитационных потребностях.

2. Необходима дополнительная проработка преемственности в проведении реабилитации, причем как межведомственной, со здравоохранением, так и внутри системы социальной защиты – с системой ранней помощи, в орбиту которой включены дети до 4 лет, а также с иными программами, реализуемыми в субъекте Российской Федерации. В Тюменской области при проведении курса комплексной реабилитации доводится детальная информация до семьи ребенка-инвалида о курсах реабилитации, проводимых по региональным программам, и отбор на эти курсы. А в них включены и элементы медицинской реабилитации, что востребовано.

3. Разный понятийный аппарат в учреждении МСЭ и РО системы социальной защиты населения в отношении ограничений жизнедеятельности (далее – ОЖД), нарушений функций организма. При проведении курса комплексной социальной реабилитации в течение 21 дня невозможно хоть как-то восстановить или компенсировать нарушенные функции и компенсировать имеющиеся ОЖД, приведшие к инвалидности. Однако можно поставить конкретные детализированные краткосрочные цели реабилитации, исходя из необходимости приспособления и повышения уровня функционирования.

4. Оценка эффективности также требует совершенствования. В п. 4 Правил реализации пилота (далее – Правила) указано, что реабилитационные мероприятия направлены на восстановление или формирование у ребенка-инвалида способностей к бытовой и общественной деятельности в соответствии с возрастной нормой. Однако в п. 23 Правил говорится, что на основании результатов оценки эффективности комплексной реабилитации осуществляется анализ сведений о восстановлении, компенсации нарушенных функций организма ребенка-инвалида в целях определения эффективности реализации пилотного проекта. Но курсом в 21 день нарушенные функции, приведшие к ОЖД и инвалидности, восстановить или компенсировать невозможно, соответственно, эффективность реализации пилотного проекта вызывает вопрос в такой трактовке. Однако если вести речь об оценке эффективности пилотного проекта как повышению уровня функционирования ребенка – все отлично получается. Но это терминология Международной классификации функционирования [7, с. 27], использование которой в пилотном проекте целесообразно ввести более широко, в том числе в систему оценки эффективности, разрабатывать базовые наборы в соответствии с различными ЦРГ, классификацию вмешательств [8, с. 57-58].

5. Выявлена проблема межведомственного взаимодействия. Согласно Правилам пилотного проекта учреждение МСЭ при включении ребенка-инвалида в пилот должно направить необходимые сведения о ребенке и его законном представителе в орган

социальной защиты Тюменской области, а также во все РО, работающие по стандартам КР в соответствии с установленной у ребенка ЦРГ. При этом на прохождение курса КР ребенок и его законный представитель придут только в одну конкретную выбранную ими РО. В остальных РО, куда поступила информация из учреждения МСЭ, будут также ожидать этого ребенка, обрабатывать и хранить поступившие персональные данные, что является однозначно избыточным. Для решения данной проблемы учреждение МСЭ направляет сведения только в департамент социальной защиты населения Тюменской области, который их передает координатору – ОЦРИ, и после выбора родителями ребенка РО именно туда и передаются сведения о ребенке.

По итогам пилота при введении данных технологий в работу по всей стране необходимо будет вносить изменения в профессиональный стандарт врача по МСЭ и руководителя, а также специалистов РО, изменения в образовательные программы специалистов по МСЭ и РО, в их должностные инструкции.

*Вывод:* Основная задача Пилотного проекта – повысить эффективность реабилитационных мероприятий, то есть социальную адаптацию и интеграцию ребенка-инвалида в общество. Первые итоги Пилотного проекта в Тюменской области показывают хорошие результаты: родители заинтересовались пилотным проектом, все дети, прошедшие комплексную реабилитацию и абилитацию, показали положительную динамику.

#### **Библиографический список**

1. Об утверждении медицинских показаний и противопоказаний для получения услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, включая случаи, требующие сложных видов реабилитации : приказ Минтруда России от 28 марта 2022 N 175. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 22.11.2022). – Текст : электронный.
2. Об утверждении методики оценки эффективности услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов : приказ Минтруда России от 5 мая 2022 N 284. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 22.11.2022). – Текст : электронный.
3. Олькова, Н.В. Первые итоги реализации пилотного проекта по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в Тюменской области / Н.В. Олькова, Т.К. Муртазина, А.Ж. Мишкин // 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.
4. **Российская Федерация. Постановления.** О реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов : Постановление Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2021 N 2339. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202112220041> (дата обращения 08.11.2022). – Текст : электронный.
5. Струкова, О.Г. Концептуальные подходы к организации оказания услуг по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов / О.Г. Струкова. – Текст : непосредственный // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Комплексная реабилитация инвалидов на современном этапе. Теоретические и прикладные аспекты. – Новокузнецк , 6-7 октября 2022 года – Новокузнецк : ИП Петровский К.В. (Изограф), 2022. – 293 с.
6. Струкова, О.Г. Стандарты предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в разрезе целевых реабилитационных групп / О.Г. Струкова, Е.В. Морозова, Е.В. Жукова // 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.

7. Шошмин, А.В. МКФ в реабилитации : монография / А.В. Шошмин, Г.Н. Пономаренко ; под редакцией академика РАН А.Н. Разумова. – СПб. : ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта, 2022. – 344 с.

8. Шошмин, А.В. Систематизация услуг как условие развития комплексной реабилитации и абилитации / А.В. Шошмин, Я.К. Бесстрашнова, К.Н. Рожко // 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.

**Информация об авторах:** Н.В. Олькова – канд.мед.наук, доцент, *olkova@msetyumen.ru*, Т.К. Муртазина – канд.мед.наук, *murtazina@msetyumen.ru*, А.Ж. Мишкин, *mishkin@msetyumen.ru*, Е.В. Горбачёв, *dsoc@72to.ru*

**Information about the authors:** Nadezhda V.Olkova – Candidate of Medicine, Associate Professor, *olkova@msetyumen.ru*, Tatiana K. Murtazina – Candidate of Medicine, *murtazina@msetyumen.ru*, Alexander J. Mishkin, *mishkin@msetyumen.ru*, Evgeny V. Gorbachev, *dsoc@72to.ru*

### **Кадровое обеспечение системы комплексной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации**

**О.Н. Владимирова, М.В. Матвеева, И.В. Деденева,  
М.А. Севастьянов, Н.П. Чистякова, Н.Б. Корнеева**

Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, 194044, Россия

**Аннотация.** Статья посвящена проблемам дополнительного профессионального образования руководителей и специалистов учреждений социального обслуживания.

**Ключевые слова:** подготовка кадров, комплексная реабилитация, дополнительное профессиональное образование.

### **Staffing of the system of complex rehabilitation of disabled people and children with disabilities in the Russian Federation**

**O.N. Vladimirova, M.V. Matveeva, I.V. Dedeneva,  
M.A. Sevastyanov, N.P. Chistyakova, N. B. Korneeva**

The Federal State Budgetary Institution of Additional Professional Education “Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts” of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation, St. Petersburg, 194044, Russia

**Abstract.** The paper is focused on the problems of additional professional education of managers and specialists of social service institutions.

**Keywords:** personnel training, complex rehabilitation, additional professional education.

*Актуальность темы исследования.* Реализация различных социально-экономических преобразований системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов возможна только при реформировании системы подготовки кадров. Для повышения эффективности профессиональной подготовки руководителей и специалистов учреждений социального обслуживания, оказывающих реабилитационные и абилитационные услуги, необходимо обратить особое внимание на опыт работы по специальности, объем и качество полученных профессиональных компетенций по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

Отсутствие единого федерального реестра специалистов, работающих в сфере комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, системы непрерывного дополнительного профессионального образования таких специалистов, их обязательной аттестации и аккредитации (за исключением специалистов медицинского профиля) приводит

к сложностям при системном планировании и реализации мероприятий по обеспечению учреждений социального обслуживания, оказывающих реабилитационные и абилитационные услуги, квалифицированными кадрами, осуществлению мероприятий по повышению их квалификации, а также к рискам предоставления инвалидам неэффективных и (или) небезопасных услуг по реабилитации и абилитации, услуг по сопровождению [1;2;3].

В связи с формированием системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов особую актуальность приобретает вопрос подготовки и повышения квалификации специалистов с учетом современных требований и на основе современных достижений, и технологий, знания о которых явно недостаточны, зачастую фрагментарны и искажены [2;4].

*Цель исследования.* Анализ профессионального образования руководителей и специалистов учреждений социального обслуживания, (опыт работы по специальности, объем и качество полученных профессиональных компетенций по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов) и совершенствование организационных основ его функционирования и развития.

*Методы.* Проанализировано 864 анкеты сотрудников учреждений социального обслуживания Свердловской (558) и Тюменской (306) областей, участвующих в пилотном проекте по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов [5] (Таблица 1).

Анкетирование проводилось анонимно, изучалось мнение руководителей и специалистов системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов по вопросам дополнительного профессионального образования.

Таблица 1 – Специалисты, принимавшие участие в анкетировании

Специалисты	Субъект Российской Федерации	
	Свердловская область	Тюменская область
руководитель учреждения	10	12
заместитель руководителя учреждения	47	7
заведующий отделением	77	40
социальный работник	282	33
социальный педагог	25	16
специалист по социальной реабилитации	3	76
педагог-психолог	22	10
дефектолог (в том числе логопед)	18	37
специалист по адаптивной физической культуре	22	28
врачи различных специальностей	5	6
психолог (медицинский психолог)	32	38
культурорганизатор	6	1
юрисконсульт	9	2

*Результаты исследования.* Результаты анкетирования по Свердловской области показали, что 40,8 % руководителей и специалистов учреждений социального обслуживания имеют стаж работы более 10 лет; 35,3 % специалистов – от 4 до 10 лет, 13,6 % – от 1 года до 3 лет; 10,3 % специалистов – стаж работы до 1 года (Рисунок 1).

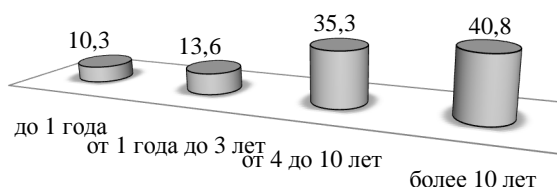


Рисунок 1 – Стаж работы по специальности руководителей и специалистов учреждений социального обслуживания Свердловской области (в % от общего числа опрошенных)

Обобщение сведений в Тюменской области, в свою очередь, привело к аналогичным результатам. Так, 32,3 % руководителей и специалистов имеют стаж работы более 10 лет; 29,6 % специалистов – от 4 до 10 лет, 23,7 % – от 1 года до 3 лет; 14,4 % специалистов – стаж работы до 1 года (Рисунок 2).

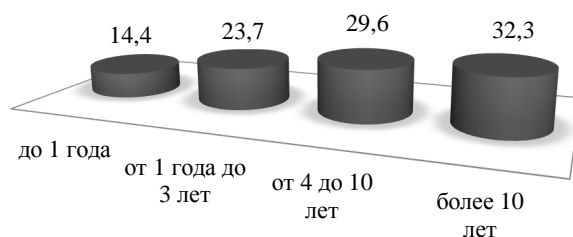


Рисунок 2 – Стаж работы по специальности руководителей и специалистов учреждений социального обслуживания Тюменской области (в % от общего числа опрошенных)

Опрос о прохождении за последние три года специалистами циклов по программам повышения квалификации по вопросам комплексной реабилитации и абилитации показал, что 53,1 % из числа всех опрошенных специалистов Свердловской области данные циклы прошли (Рисунок 3).



Рисунок 3 – Распределение в процентном соотношении специалистов учреждений социального обслуживания Свердловской области, прошедших циклы по программам повышения квалификации за период с 2019 по 2021 гг.

Полученные профессиональные компетенции по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов большинство опрошенных (80,6 %) считает достаточными (ответ – «да») (Рисунок 4).

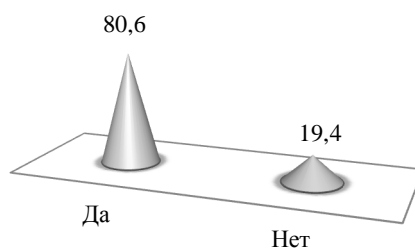


Рисунок 4 – Распределение в процентном соотношении результатов повышения профессиональной квалификации специалистов учреждений социального обслуживания Свердловской области за период с 2019 по 2021 гг.

Обобщение сведений Тюменской области, в свою очередь, привело к аналогичным результатам. Опрос показал, что за последние три года среди специалистов Тюменской

области большая часть опрошенных (52,6 %) прошли циклы по программам повышения квалификации (Рисунок 5).



Рисунок 5 – Распределение в процентном соотношении специалистов учреждений социального обслуживания Тюменской области, прошедших циклы по программам повышения квалификации за период с 2019 по 2021 гг.

Достаточность полученных профессиональных компетенций по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов также отмечает большинство опрошенных (85,4 %) (Рисунок 6).

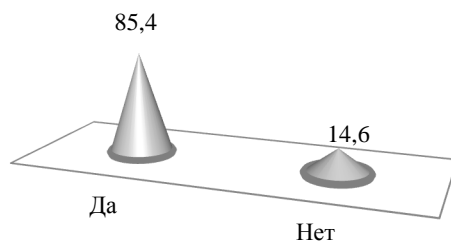


Рисунок 6 – Распределение в процентном соотношении результатов повышения профессиональной квалификации специалистов учреждений социального обслуживания Тюменской области за период с 2019 по 2021 гг.

Среди специалистов, давших утвердительный ответ в обоих регионах Российской Федерации, преобладали такие, как «медицинский психолог», «специалист по адаптивной физической культуре», «культурорганизатор».

В то же время, углубленный анализ основных направлений расширения профессиональных компетенций среди специалистов Свердловской и Тюменской областей, давших отрицательный ответ, привел к следующим выводам:

1. Руководители учреждений социального обслуживания отметили недостаток профессиональных компетенций по вопросам сопровождаемого проживания инвалидов и психологического сопровождения.

2. Заместители руководителя учреждений социального обслуживания, юристы нуждаются в получении дополнительных профессиональных компетенций по вопросам доступности объектов и услуг для лиц с инвалидностью; по вопросам основ психолого-педагогической и социальной диагностики.

3. Заведующие отделениями отметили недостаток профессиональных компетенций по вопросам нормативно-правового и методического характера; медицинской реабилитации, технических средств реабилитации, технологий сопровождаемого проживания инвалидов.

4. Социальным работникам не хватает профессиональных компетенций по вопросам индивидуальной работы в процессе реабилитации детей-инвалидов, оказания помощи родителям в трудной ситуации и сопровождения семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ); вопросам оказания социально-правовых и медицинских

услуг гражданам, имеющим группу инвалидности, вопросам применения Международной классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), вопросам по специальности «эрготерапевт», организации деятельности всех участников реабилитационного цикла (межведомственное взаимодействие), реабилитации в соответствии с целевыми реабилитационными группами (ЦРГ); оказания услуг по социально-бытовой реабилитации (содержание услуги, необходимое оборудование, методические разработки для различных ЦРГ и возрастов).

5. Специалисты по реабилитационной работе в социальной сфере нуждаются в получении дополнительных профессиональных компетенций по вопросам организации реабилитационного центра на дому; технологии работы с детьми различных целевых реабилитационных групп (расстройства аутистического спектра, речевые нарушения).

6. Врачи различных специальностей хотели бы получить дополнительные знания по вопросам организации реабилитационного процесса и межведомственного взаимодействия между всеми участниками реабилитационного цикла; вопросы постановки реабилитационного диагноза.

Анализ ответов на вопрос о процедуре прохождения аттестации среди специалистов обоих регионов Российской Федерации показал, что руководитель учреждения социального обслуживания, заместитель руководителя, заведующие отделением и юристы процедуру аттестации не проходят.

По данным ответов других специалистов (специалистов по социальной работе, психологов и др.) процедура аттестации осуществляется в основном на рабочем месте, основными критериями оценки являются открытые занятия, мастер-классы, публикации, выступления на конференциях, количество оказанных услуг, количество методических разработок, интенсивность и напряжённость работы.

Таким образом, проведение процедуры аттестации сотрудников опрошенных учреждений социального обслуживания предполагает дифференцированный подход к различным категориям работников.

Следует обратить внимание на то, что для сотрудников педагогической направленности процедура аттестации прописана и закреплена законодательно, а для специалистов социальной направленности процедура аттестации является не обязательной и осуществляется по желанию работодателя (руководителя). Дополнительно не отработаны механизмы и критерии оценивания специалистов, социальной сферы, проходящих процедуры аттестации.

Кроме этого, для специалистов учреждений социального обслуживания, не разработана обязательная процедура аккредитации, проводимая в целях определения квалификации в соответствии с профессиональными стандартами.

*Выводы.* Учитывая вышеизложенное, представляется целесообразным:

1. Формирование в Российской Федерации системы дополнительного профессионального образования специалистов учреждений социального обслуживания.

2. Содействие международному и внутреннему обмену специалистами в сфере комплексной реабилитации и абилитации инвалидов для расширения знаний о новых методиках и инновационных технологиях реабилитации и абилитации.

3. Введение требований к обязательной аккредитации специалистов, предоставляющих услуги по основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации, а также по сопровождению инвалидов, и формирование их единого общероссийского реестра.

#### **Библиографический список**

1. Владимирова, О.Н. Кадровая политика в сфере комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов : состояние вопроса / О.Н. Владимирова, Е.Т. Логинова, М.В. Матвеева, Н.П. Чистякова. – Текст : электронный // Казанский педагогический журнал. – 2022. – N 4(153). – С. 285-293. – URL: <http://kp-journal.ru> (дата обращения: 25.11.2022). DOI 10.51379/KPJ.2022.154.4.035. – EDN MBEXXB.

2. Гордиевская, Е.О. О потребности в повышении квалификации кадров в системе социального обслуживания населения в сфере комплексной реабилитации и абилитации / Е.О. Гордиевская, В.В. Лорер, Е.М. Старобина, В.А. Чукардин. – Текст : непосредственный // Инновационные технологии реабилитации : наука и практика : сборник статей II Международной научной конференции, Санкт-Петербург, 18-19 апреля 2019 года / Минтруд России ; [Глав. ред. д-р мед.наук, проф. Г.Н. Пономаренко]. – СПб. : ООО «Р-КОПИ», 2019. – С. 53-56. EDNYIVDOL.

3. Логинова, Е.Т. Новые подходы к вопросу подготовки кадров для системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов / Е.Т. Логинова, М.В. Матвеева. – Текст : электронный // Вестник Нижневарттовского государственного университета. – 2021. – N 4(56). – С. 27–36. – URL: <https://vestnik.nvsu.ru/2311-1402/article/view/78088/pdf> (дата обращения: 25.11.2022). <https://doi.org/10.36906/2311-4444/21-4/03>

4. Порохина, Ж.В. Современное состояние системы комплексной реабилитации инвалидов в Российской Федерации : проблемы и пути развития / Ж.В. Порохина, А.А. Ярков. – Текст : электронный // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2020. – N 40. – С. 7-21. – URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-no-40/current-state-of-the-system-of-complex-rehabilitation-of-invalids-in-the-russian-federation-problems-and-ways-of-development> (дата обращения: 25.11.2022). EDN HWWWRJP.

5. **Российская Федерация. Постановления.** О реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов : Постановление Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2021 N 2339. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 22.09.2022). – Текст : электронный.

**Информация об авторах:** О.Н. Владимирова – д-р мед.наук, [vladox1204@yandex.ru](mailto:vladox1204@yandex.ru), М.В. Матвеева – канд.пед.наук – [zavkab@mail.ru](mailto:zavkab@mail.ru), И.В. Деденева – канд.мед.наук, [irina.dedeneva@yandex.ru](mailto:irina.dedeneva@yandex.ru), М.А. Севастьянов – д-р мед. наук, [mike.seva1972@yandex.ru](mailto:mike.seva1972@yandex.ru), Н.П. Чистякова – [npch74@mail.ru](mailto:npch74@mail.ru), Н. Б. Корнеева, [medi1807@mail.ru](mailto:medi1807@mail.ru)

**Information about the authors:** O.N. Vladimirova – Doctor of Medical Sciences, [vladox1204@yandex.ru](mailto:vladox1204@yandex.ru), M.V. Matveeva – Candidate of Pedagogical Sciences [zavkab@mail.ru](mailto:zavkab@mail.ru), I.V. Dedeneva – Candidate of Medical Sciences, [irina.dedeneva@yandex.ru](mailto:irina.dedeneva@yandex.ru), M.A. Sevastyanov – Doctor of Medical Sciences, [mike.seva1972@yandex.ru](mailto:mike.seva1972@yandex.ru), N.P. Chistyakova [npch74@mail.ru](mailto:npch74@mail.ru), N.B. Korneeva, [medi1807@mail.ru](mailto:medi1807@mail.ru)

## **Взгляд изнутри на формирование системы комплексной реабилитации и абилитации: от идеи до воплощения**

**Г.В. Колосова**

Комитет по социальной политике Санкт-Петербурга,  
г. Санкт-Петербург, 191144, Россия

**Аннотация.** В статье рассмотрены вопросы нормативного правового регулирования организации комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, в том числе проведена оценка соблюдения требований действующих федеральных законов относительно законодательных реформ по вопросу наделения отдельными полномочиями ответственных исполнителей в соответствующих сферах деятельности, предоставляющих услуги по реабилитации и абилитации. Анализ документов позволил получить относительно полное и достоверное представление об объективных отношениях и текущей ситуации по формированию новых механизмов межведомственного взаимодействия в системе реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов (детей-инвалидов). На основании выявленных правовых пробелов разработаны предложения по совершенствованию нормативной правовой базы в части внесения необходимых изменений на федеральном уровне.

**Ключевые слова:** инвалид, ребенок-инвалид, комплексная реабилитация и абилитация, социальная реабилитация, межведомственное взаимодействие.



## **An inside look at the formation of a comprehensive rehabilitation and habilitation system: from idea to implementation**

**G.V. Kolosova**

Committee on Social Policy of St. Petersburg, St. Petersburg, 191144, Russia

**Abstract.** The article discusses the issues of regulatory legal regulation of the organization of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people and children with disabilities, including an assessment of compliance with the requirements of current federal laws regarding legislative reforms on the issue of granting certain powers to responsible executors in the relevant fields of activity providing services for rehabilitation and habilitation. The analysis of the documents allowed us to get a relatively complete and reliable idea of the objective relations and the current situation on the formation of new mechanisms of interdepartmental interaction in the system of implementation of individual rehabilitation or habilitation programs for disabled people (disabled children). Based on the identified legal gaps, proposals have been developed to improve the regulatory framework in terms of making the necessary changes at the federal level.

**Key words:** disabled person, disabled child, comprehensive rehabilitation and habilitation, social rehabilitation, interdepartmental interaction.

В настоящее время продолжается работа по формированию в стране системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов (далее – КРА). Основные принципы создания новой системы обозначены в Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года (далее – Концепция) [8]. Идея создания инклюзивного общества принципиально отличается от прежней социальной политики, в которой инвалиды рассматривались как пассивные потребители материальных благ, что послужило причиной их изолированности в современных реалиях.

Также на сегодняшний день сохраняется принцип распределённой ответственности за проведение реабилитационных мероприятий, предусмотренных индивидуальными программами реабилитации или абилитации инвалидов (детей-инвалидов) (далее – ИПРА), выдаваемыми федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ), по соответствующим направлениям реабилитации в соответствии с Федеральным законом от 24 ноября 1995 N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон N 181-ФЗ) в сферах здравоохранения, образования, социального обслуживания, занятости населения, физической культуры и спорта [5].

В целях обеспечения единого подхода к формированию и развитию КРА необходимо предусмотреть наделение исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствующих сферах деятельности полномочиями по организации проведения реабилитационных мероприятий на основании ИПРА посредством внесения изменений и дополнений в федеральные законы. Считаем, что данный подход возможно реализовать в разрабатываемом проекте федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов» (далее – Проект). Проект неоднократно поступал от Минтруда России на согласование в субъекты Российской Федерации (4-я редакция направлена в июне 2022 года).

В последней редакции Проекта учтен ряд замечаний по доработке его положений, поступивших от регионов. Комитетом по социальной политике Санкт-Петербурга совместно с иными отраслевыми комитетами (Комитет по здравоохранению, Комитет по образованию, Комитет по труду и занятости населения Санкт-Петербурга, Комитет по физической культуре и спорта, Комитет по культуре Санкт-Петербурга), также были подготовлены предложения по внесению изменений, в том числе по вопросам социальной реабилитации и социального сопровождения (Таблица 1).

Таблица 1 – Предложения Санкт-Петербурга по доработке Проекта в части определения полномочий по проведению мероприятий, предусмотренных ИПРА, по направлениям реабилитации (абилитации), предусмотренным статьей 9 Федерального закона N 181-ФЗ

Статьи, требующие доработки	Предложения по включению в федеральное законодательство соответствующих полномочий	Полномочия ИОГВ субъектов Российской Федерации в действующем законодательстве	Статьи действующего федерального законодательства, предусматривающие особые условия для инвалидов, детей-инвалидов
<b>1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [2]</b>			
ст. 16 «Полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья»	Организация проведения мероприятий по медицинской реабилитации, предусмотренных индивидуальными программами реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов), выдаваемых федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, в сфере здравоохранения	подпункт 5 п. 1 ст. 16: организация оказания населению субъекта Российской Федерации первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъекта Российской Федерации	ст. 40 Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение Медицинская реабилитация – комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество
<b>2. Федеральный закон от 29 декабря 2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» [1]</b>			
ст. 8 «Полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования»	Организация проведения мероприятий по дошкольному, общему и профессиональному образованию, предусмотренных индивидуальными программами реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов), выдаваемых федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, в сфере образования	подпункт 12 п. 1 ст. 8: организация предоставления психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи обучающимся, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, своем развитии и социальной адаптации	ст. 79. Организация получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья Содержание образования и условия организации обучения и воспитания обучающихся с ограниченными возможностями здоровья определяются адаптированной образовательной программой, а для инвалидов также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида
<b>3. Закон Российской Федерации от 19 апреля 1991 N 1032-1 «О занятости населения в Российской Федерации» [4]</b>			
ст. 7.1-1 «Полномочия органов государственной власти субъектов	Организация проведения мероприятий по профессиональной реабилитации, предусмотренных индивидуальными программами реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов), выдаваемых	подпункт 3 п. 1 ст. 7.1-1 разработка ...региональных программ, предусматривающих мероприятия по содействию занятости населения, включая программы содействия	подпункт 1 п. 3 ст. 25. Содействие работодателей в обеспечении занятости населения Работодатели обязаны ежемесячно представлять органам службы занятости: сведения о применении в отношении данного работодателя

Статьи, требующие доработки	Предложения по включению в федеральное законодательство соответствующих полномочий	Полномочия ИОГВ субъектов Российской Федерации в действующем законодательстве	Статьи действующего федерального законодательства, предусматривающие особые условия для инвалидов, детей-инвалидов
Российской Федерации в области содействия занятости населения»	федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, в сфере труда и занятости	занятости граждан, находящихся под риском увольнения, а также граждан, особо нуждающихся в социальной защите и испытывающих трудности в поиске работы, в том числе по организации сопровождения при содействии в трудоустройстве и занятости инвалидов, и реализация таких программ	процедур о несостоятельности (банкротстве), а также информацию, необходимую для осуществления деятельности по профессиональной реабилитации и содействию занятости инвалидов
<b>4. Федеральный закон от 28 декабря 2013 N 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»</b>			
ст. 8 «Полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере социального обслуживания»	Организация проведения мероприятий по социальной реабилитации, предусмотренных индивидуальными программами реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов), выдаваемых федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, в сфере социального обслуживания	Полномочия в федеральном законе не установлены	-
<b>5. Федеральный закон от 4 декабря 2007 N 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» [6]</b>			
ст. 8 «Полномочия субъектов Российской Федерации в области физической культуры и спорта»	Организация проведения физкультурно-оздоровительных мероприятий, мероприятий по занятию спортом, предусмотренных индивидуальными программами реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов), выдаваемых федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, в сфере физической культуры и спорта	Полномочия в федеральном законе не установлены	ст. 31. Адаптивная физическая культура, физическая реабилитация инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья. Спорт инвалидов 1. Физическая реабилитация и социальная адаптация инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья с использованием методов адаптивной физической культуры и адаптивного спорта осуществляются в реабилитационных центрах, физкультурно-спортивных клубах инвалидов, физкультурно-спортивных организациях

Стоит отметить, что, несмотря на обозначенную необходимость формирования механизмов межведомственного взаимодействия, коллегам из других отраслевых комитетов в сферах здравоохранения, образования, физической культуры и спорта, культуры данный Проект на рассмотрение от профильных министерств не поступал. Главная роль по координации участников КРА в каждом конкретном регионе традиционно возлагается на уполномоченный исполнительный орган государственной власти в сфере социальной защиты. Следовательно, специалисты социальных служб вынуждены быть более «подкованными» и обладать обширными знаниями в вопросах как межведомственного взаимодействия, так и отраслевых особенностей участников КРА, чтобы правильно скоординировать и выстроить межведомственный маршрут для получения гражданами необходимых видов помощи, гарантированных федеральным законодательством на основании ИПРА.

Кроме того, Проект содержит явные противоречия с действующим законодательством. В настоящее время в сфере социального обслуживания учреждениями социального обслуживания предоставляются населению, в том числе инвалидам и детям-инвалидам, социальные услуги в различных формах социального обслуживания (на дому, полустационарной, стационарной) в соответствии с Федеральным законом от 28 декабря 2013 N 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон N 442-ФЗ) [3]. Вместе с тем в статье 28 «Социально-бытовое обслуживание инвалидов» Федерального закона N 181-ФЗ до сих пор не включены современные формы социального обслуживания, такие как стационарозамещающие технологии «сопровождаемого проживания инвалидов», содержащие весь комплекс услуг, необходимый для реабилитационных и абилитационных процессов. В указанной статье предусмотрены лишь медицинские и бытовые услуги на дому либо в стационарных организациях [5].

Стоит отметить, что в Примерном перечне социальных услуг по видам социальных услуг, утвержденном Постановлением Правительства Российской Федерации от 24 ноября 2014 N 1236 (далее – федеральный Перечень), в рамках предоставления «услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов, во всех формах социального обслуживания» [7] (коммуникативные услуги), предусмотрено наравне с услугами по обучению проведение социально-реабилитационных мероприятий в сфере социального обслуживания.

Кроме того, в сфере социального обслуживания населения действуют государственные стандарты, устанавливающие требования к предоставлению реабилитационных услуг в сфере социального обслуживания, предусматривающие предоставление услуг по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации гражданам с ограниченными возможностями здоровья организациями социального обслуживания населения в рамках коммуникативных услуг («ГОСТ Р 57760-2017. Национальный стандарт Российской Федерации. Социальное обслуживание населения. Коммуникативные реабилитационные услуги гражданам с ограничениями жизнедеятельности», утвержденный Приказом Росстандарта от 04.10.2017 N 1324-ст, вступивший в силу с 01.05.2018 г.).

Вместе с тем, полный перечень услуг, предоставляемых инвалиду по направлениям социально-бытовой, социально-средовой, социально-психологической, социально-педагогической и социокультурной реабилитации и абилитации, изложен в еще одном государственном стандарте («ГОСТ Р 54738-2021. Национальный стандарт Российской Федерации. Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов», утвержденный Приказом Росстандарта от 04.10.2017 N 1324-ст, вступивший в силу с 01.12.2021 г.). Мероприятия и услуги по социальной реабилитации, определенные данным ГОСТом, во многом тождественны с социальными услугами федерального Перечня, следовательно, можно говорить об их эквивалентности.

Также вводимый в Проект термин «сопровожаемое проживание инвалидов» содержит в своем определении понятие «социальное сопровождение», а также «обстоятельства, которые способствуют ухудшению условий жизнедеятельности гражданина», что непосредственно

является отсылкой к сфере социального обслуживания и в правовом поле напрямую регулируется Федеральным законом N 442-ФЗ.

«Гражданин признается нуждающимся в социальном обслуживании в случае, если существуют обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия его жизнедеятельности», перечисленными в части 1 статьи 15 Федерального закона N 442-ФЗ. При этом три обстоятельства из семи относятся непосредственно к инвалиду. Таким образом, наличие социальной услуги «проведение социально-реабилитационных мероприятий в сфере социального обслуживания» и ряда других коммуникативных услуг может вызвать дублирование направлений, реализуемых в рамках социального обслуживания и проведения социально-реабилитационных мероприятий.

В целях устранения недостатков в правовом регулировании Комитетом по социальной политике Санкт-Петербурга сформированы предложения по внесению изменений в Федеральный закон N 442-ФЗ в части уточнения порядков и условий предоставления социального обслуживания и услуг по комплексной реабилитации (социальной реабилитации и абилитации) с возможным выделением коммуникативных услуг в перечень социально-реабилитационных услуг, в том числе с возможностью бесплатного получения реабилитационных услуг, гарантированных на федеральном уровне инвалиду по ИПРА. При этом в статье 23 Федерального закона N 442-ФЗ необходимо предусмотреть для организаций социального обслуживания полномочия по предоставлению услуги по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов). Предоставление реабилитационных услуг организациями социального обслуживания возможно на основании имеющихся у них лицензий, требования о наличии которых установлены федеральным законодательством.

Вслед за Концепцией распоряжением Правительства Российской Федерации от 16 августа 2022 N 2253-р утверждён План мероприятий по её реализации (далее – План мероприятий, План) [9]. План мероприятий также подвергся критике со стороны профессионального сообщества. Основным его недостатком является неясность результатов без детальной проработки вопросов межведомственного взаимодействия.

Также, План предусматривает мероприятие по разработке нормативных правовых актов в части утверждения примерного перечня услуг по социальной реабилитации и абилитации инвалидов [9]. Следовательно, данное мероприятие требует синхронизации положений федерального законодательства в сфере социального обслуживания с положениями Федерального закона N 181-ФЗ в части предоставления лицам с инвалидностью регламентированных и стандартизированных услуг по социальной реабилитации и абилитации на бесплатной основе. Такие изменения однозначно потребуют дополнительных финансовых затрат, что в настоящее время идет в разрез с содержанием пояснительной записки финансового обоснования Проекта.

Таким образом, только законодательное закрепление полномочий по организации проведения реабилитационных мероприятий, предусмотренных ИПРА, за ответственными исполнителями по направлениям деятельности позволит в полной мере начать процесс перехода от распределенной ответственности к целевой архитектуре КРА. В таком случае каждому профессиональному участнику будет определен перечень выполняемых задач и функций с учетом необходимости выстраивания межведомственного взаимодействия при реализации комплексного подхода к обеспечению потребностей инвалидов в системе КРА.

#### Библиографический список

1. **Российская Федерация. Законы.** Об образовании в Российской Федерации : Федеральный закон от 29 декабря 2012 N 273-ФЗ. – URL: <http://pravo.gov.ru/> (дата обращения: 07.11.2022). – Текст : электронный.
2. **Российская Федерация. Законы.** Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 21 ноября 2011 N 323-ФЗ. – URL: <http://pravo.gov.ru/> (дата обращения: 07.11.2022). – Текст : электронный.

3. **Российская Федерация. Законы.** Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 28 декабря 2013 N 442-ФЗ. – URL: <http://pravo.gov.ru/> (дата обращения: 07.11.2022). – Текст : электронный.

4. **Российская Федерация. Законы.** О занятости населения в Российской Федерации : Федеральный закон от 19 апреля 1991 N 1032-1. – URL: <http://pravo.gov.ru/> (дата обращения: 07.11.2022). – Текст : электронный.

5. **Российская Федерация. Законы.** О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный закон от 24 ноября 1995 N 181-ФЗ. – URL: <http://pravo.gov.ru/> (дата обращения: 07.11.2022). – Текст : электронный.

6. **Российская Федерация. Законы.** О физической культуре и спорте в Российской Федерации : Федеральный закон от 4 декабря 2007 N 329-ФЗ. – URL: <http://pravo.gov.ru/> (дата обращения: 07.11.2022). – Текст : электронный.

7. **Российская Федерация. Постановления.** Об утверждении примерного перечня социальных услуг по видам социальных услуг : Постановление Правительства Российской Федерации от 24 ноября 2014 N 1236. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201411280004> (дата обращения: 21.11.2022). – Текст : электронный.

8. **Российская Федерация. Распоряжения.** Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2021 N 3711-р. – URL: <http://pravo.gov.ru/> (дата обращения: 07.11.2022).

9. **Российская Федерация. Распоряжения.** О Плане мероприятий по реализации Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 16 августа 2022 N 2253-р. – URL: <http://pravo.gov.ru/> (дата обращения: 07.11.2022). – Текст : электронный.

**Информация об авторах:** Г.В. Колосова, [kolosova@ksp.gov.spb.ru](mailto:kolosova@ksp.gov.spb.ru)

**Information about the authors:** G.V. Kolosova, [kolosova@ksp.gov.spb.ru](mailto:kolosova@ksp.gov.spb.ru)

### Совершенствование компонентов системы комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов

**А.В. Злоказов<sup>1</sup>, О.Б. Федосеева<sup>1</sup>, Е.В. Шестакова<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Министерство социальной политики Свердловской области,  
г. Екатеринбург, 620144, Россия

<sup>2</sup>Государственное автономное учреждение Свердловской области «Областной центр реабилитации инвалидов», г. Екатеринбург, 620089, Россия

**Аннотация.** В статье освещены актуальные проблемы комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в рамках реализации пилотного проекта. На основании анализа законодательной базы, регламентирующей процесс реабилитации и абилитации в Российской Федерации, нормативных правовых документов, лежащих в основе пилотного проекта по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, предложены решения по постановке целей на курс реабилитации, а также вариант оценки результативности процесса реабилитации и абилитации, рассмотрено понятие «реабилитационный диагноз» в контексте комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов. Авторы предлагают ставить конкретные задачи в кодах категорий МКФ как краткое указание действий, которые необходимо выполнить для достижения цели, поставленной на уровне реабилитационной организации.

В статье проведен анализ Методики оценки эффективности услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, предложенный участникам пилотного проекта

в нормативных документах; конкретизированы основные действия реабилитационной организации по определению результативности курса реабилитации.

В статье представлен опыт работы ГАУ Свердловской области «Областной центр реабилитации инвалидов».

**Ключевые слова:** комплексная реабилитация и абилитация, целеполагание, реабилитационный диагноз, результативность реабилитационного процесса, задачи на курс реабилитации, критерии.

### **Goal-setting, evaluation of effectiveness in the system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled children**

**A.V. Zlokazov<sup>1</sup>, O.B. Fedoseeva<sup>1</sup>, E. V. Shestakova<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>The Ministry of social policy of Sverdlovsk oblast, Yekaterinburg, 620144, Russia

<sup>2</sup>SAI "Regional Center for the Rehabilitation of the Disabled",  
Yekaterinburg, 620089, Russia

**Abstract.** The article highlights topical issues arising within the framework of the pilot project on comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled children. Based on the analysis of the legislative framework regulating the process of rehabilitation and habilitation in the Russian Federation, regulatory legal documents underlying the pilot project on comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled children, solutions for setting goals for the rehabilitation course are proposed, as well as an option for evaluating the effectiveness of the rehabilitation and habilitation process, the need for the introduction of the concept of "rehabilitation diagnosis" is justified. The authors propose to set specific tasks in the ICF category codes as a brief indication of the actions that must be performed to achieve the goal set at the level of the rehabilitation organization. Tasks it is desirable to formulate in the form of a statement of those actions that it is necessary to commit to achieve the goal in a specific direction of rehabilitation and habilitation.

The article analyzes the Methodology for evaluating the effectiveness of services for complex rehabilitation and habilitation of disabled children, proposed to the participants of the pilot project in regulatory documents, specifies the main actions of the rehabilitation organization to determine the effectiveness of the rehabilitation course.

The article presents the experience of the GAU of the Sverdlovsk region "Regional Center for rehabilitation of the disabled".

**Key words:** comprehensive rehabilitation and habilitation, goal setting, rehabilitation diagnosis, effectiveness of the rehabilitation process, tasks for the rehabilitation course, criteria.

*Введение.* Распоряжением Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2021 N 3711-р принята Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года (далее – Концепция) [8], которая определяет основные подходы к развитию современной системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов. В документе указано, что реализация положений Концепции позволит заложить организационно-правовую, научно-методическую, финансово-экономическую основы для устойчивого развития государственных и негосударственных институтов Российской Федерации, регулирующих и осуществляющих деятельность в области реабилитации абилитации инвалидов, на период до 2025 года.

В развитие положений Концепции в 2022 году на основании постановления Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2021 N 2339 «О реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов» [7] в Свердловской и Тюменской областях запущен пилотный проект по оказанию услуги по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов (далее – пилотный проект). Для реализации пилотного

проекта была разработана нормативно-правовая база, регламентирующая процесс комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов. С нашей точки зрения самыми значимыми для практической реализации данного проекта являются приказы Минтруда России: «Об утверждении методики определения целевых реабилитационных групп детей-инвалидов в зависимости от преимущественного вида стойких расстройств функции организма и ограничений жизнедеятельности» от 28 марта 2022 N 176 [3], «Об утверждении стандартов предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в стационарных условиях без проживания и питания сопровождающих детей-инвалидов лиц» от 26 апреля 2022 N 262 [5], «Об утверждении методики оценки эффективности услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов» от 5 мая 2022 N 284 [6] (далее – приказ Минтруда России N 284). Вышеперечисленные нормативные правовые акты являются основой системы комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов и учитывают принципы научности, эффективности и ресурсной обеспеченности процесса реабилитации и абилитации детей-инвалидов.

*Постановка проблемы.* За истекший период с начала практической реализации пилотного проекта стала очевидной необходимость совершенствования компонентов системы комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов. Требуется уточнение использования таких понятий, как: «диагностика», «статус», «цель на курс реабилитации»; подхода к оценке результативности процесса реабилитации и абилитации на индивидуальном уровне. Кроме того, не дано определение понятию «реабилитационный диагноз».

*Целью статьи* является уточнение понятийного аппарата комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, что позволит всем участникам пилотного проекта сформировать единый научный язык для описания реабилитационного процесса.

*Материалы и методы.* Данная статья основывается на материалах современных научных публикаций, положений Федеральных законов, Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года. Подбор методов осуществлялся на основе выборки информации, соотнесенной с темой и целью данной статьи. Применялись следующие методы исследования:

- анализ нормативных правовых документов, регламентирующих комплексную реабилитацию и абилитацию детей-инвалидов в России;
- контент-анализ концептуальных подходов к разработке вопросов комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов.

*Результаты и их обсуждение.* Реабилитация и абилитация ребенка-инвалида начинается с проведения диагностики и формулирования цели реабилитации. Корректная первичная диагностика позволяет сформулировать оптимальную цель на реабилитационный курс, что является необходимым условием для достижения максимально возможного результата. Диагностику можно определить как систему оценки деятельности (активность и участие<sup>7</sup>) ребенка-инвалида, которая необходима для установки реабилитационного диагноза, включающего в себя описание:

- особенностей целевой реабилитационной группы (подгруппы);
- нарушений ограничений жизнедеятельности (установленных МСЭ);
- других отклонений от возрастной нормы в функционировании ребенка-инвалида;
- влияния факторов окружающей среды (облегчающих или осложняющих).

В стандартах предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов (далее – стандарты) в мероприятии «первичная диагностика» по всем направлениям реабилитации используется понятие «статус», включающее в себя описание актуальных умений и навыков на момент обследования ребенка-инвалида, что по содержанию, на наш взгляд, является компонентами реабилитационного диагноза. В нашем понимании реабилитационный диагноз в комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов представляет собой

<sup>7</sup> Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.



описание возникших у ребенка-инвалида вследствие каких-либо нарушений (структур и функций органов и систем, отклонений от нормативного развития, социальной депривации и пр.), ограничений активности и возможности участия по таким направлениям деятельности, как: обучение и применение знаний, общение, мобильность, самообслуживание, бытовая жизнь, межличностные взаимодействия и отношения, главные сферы жизни, жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь. Поэтому реабилитационный диагноз в комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов должен представлять собой заключение, описывающее параметры деятельности ребенка-инвалида в терминах, предусмотренных Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ) [2], факторов окружающей среды, персональных факторов ребенка-инвалида, а также учитывать ограничения жизнедеятельности (далее – ОЖД), установленные МСЭ.

Установление реабилитационного диагноза с использованием кодировки по доменам МКФ в части «активность и участие» в комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов позволит на научной основе определить конкретную и достижимую цель на реабилитационный курс, а в последующем оценить результативность реабилитации и соответственно её экономическую эффективность.

В настоящее время нет единых подходов к определению цели на курс реабилитации ребенка-инвалида в реабилитационных организациях, часто цель формулируется как долгосрочная и труднодостижимая в течение курса реабилитации или наоборот, подменяется перечнем задач. Цель, установленная на уровне МСЭ, носит более общий характер, имеет долгосрочный интервал достижения, подразумевает возможность трансформации на более конкретную цель на уровне реабилитационной организации.

В ходе реализации пилотного проекта предлагаем следующий подход к формулированию целей:

- на уровне МСЭ;
- на уровне реабилитационной организации.

Цель, установленная на уровне МСЭ, зафиксированная в выписке из формы сведений о ребенке-инвалиде, нуждающимся в оказании услуг по комплексной реабилитации и абилитации, с нашей точки зрения, не учитывает индивидуальных особенностей ребенка-инвалида, так как формулируется однотипно: «полное или частичное устранение, или компенсация ограничений основных категорий жизнедеятельности ребенка-инвалида, направленная на восстановление (формирование) способностей ребенка-инвалида к выполнению определенных видов деятельности» [4].

Цель на уровне реабилитационной организации выступает как компонент и средство для достижения цели, установленной МСЭ: устанавливается на период курса реабилитации, является конкретной, достижимой за курс реабилитации, измеримой, значимой для ребенка и его семьи (метод – SMART П. Друкера) [1, с. 17].

Для формулирования цели на уровне реабилитационной организации предлагаем использовать понятие «ведущего ОЖД», то есть того ограничения жизнедеятельности, степень которого наиболее высокая по отношению к другим установленным МСЭ ограничениям жизнедеятельности. При наличии совокупности ОЖД в одинаковой степени, ведущее ОЖД определяется коллегиально специалистами мультидисциплинарной бригады с учётом потребностей ребенка-инвалида и его родителей (законных представителей).

Цель, установленная организацией на курс реабилитации, достигается через решение задач, сформулированных для каждого направления реабилитации (абилитации). Наш опыт проведения комплексной реабилитации позволяет предполагать, что целесообразнее ставить конкретные задачи в кодах категорий МКФ как краткое указание действий, которые необходимо выполнить для достижения цели, поставленной на уровне организации. Задачи формулируются в виде утверждения тех действий, которые необходимо совершить для достижения цели. Чем выше степень ОЖД, тем более подробной должна быть постановка задач (на 3 уровне детализации категорий МКФ).

В соответствии с нормативными документами, в частности с приказом Минтруда России N 284, оценка индивидуальных результатов процесса реабилитации осуществляется в соответствии с методикой «Балльная система определения степени ограничений в социально значимых категориях жизнедеятельности у детей» (авторы Г.В. Волинец, М.А. Школьникова) (далее – Методика). Считаем, что в ходе реализации пилотного проекта необходимо разработать альтернативную валидную методику, которая учитывает логику построения стандартов по каждой целевой реабилитационной группе (далее – ЦРГ) (отдельно), а также позволяет связывать все компоненты системы комплексной реабилитации и абилитации (стандарты, ЦРГ).

Учитывая, что степень ограничений жизнедеятельности определяется МСЭ, то на уровне реабилитационной организации для качественной постановки задач необходимо провести следующие действия:

- 1) детализировать степень ОЖД в количественных показателях;
- 2) выявить и оценить отклонения от нормативного развития, имеющиеся у ребенка-инвалида в количественных показателях;
- 3) при подсчете итогового показателя учитывать только значения тех показателей, по которым были выявлены отклонения в жизнедеятельности.

Наш опыт проведения первичной и повторной диагностики доказывает, что результаты диагностирования по Методике не всегда соотносятся с результатами, получаемыми в ходе диагностирования по традиционным, валидным методикам, которые указаны в стандартах.

Учитывая подход к организации процесса реабилитации инвалидов старше 18 лет с использованием МКФ, отработанный на базе государственного автономного учреждения Свердловской области «Областной центр реабилитации инвалидов», предлагаем установить взаимосвязь ЦРГ и ОЖД с кодами МКФ (активность и участие). Это позволит сформировать конкретные критерии диагностирования по каждой ЦРГ и связывать все компоненты системы (ЦРГ, стандарт, Методику). Приведем пример (Таблица 1).

*Выводы.* Предлагаем в рамках реализации пилотного проекта по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов отработать подходы к формулированию реабилитационного диагноза как основы для постановки цели комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов. Реабилитационный диагноз должен основываться на биопсихосоциальной модели и отражать не столько медицинские проблемы, сколько описывать все аспекты деятельности ребенка-инвалида, влияние среды и потенциалов использования в реабилитации и абилитации индивидуального ресурса ребенка-инвалида и его ближайшего окружения.

Под результативностью реабилитационного процесса предлагаем понимать соответствие результата реабилитационных мероприятий, представленных реабилитационной организацией, цели, поставленной на курс реабилитации.

Оценка результативности/эффективности услуги по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов должна проводиться по обоснованным показателям, соответствующим возрасту ребенка-инвалида и его ЦРГ.

Таблица 1 – Взаимосвязь ЦРГ и ОЖД с кодами МКФ (активность и участие)

№	Целевая реабилитационная подгруппа	МКБ	Общее описание (нарушения)	ОЖД (ведущее)	МКФ (реализация)
<b>1. Целевая реабилитационная группа: дети-инвалиды с преимущественными нарушениями психических функций</b>					
1.1	Дети-инвалиды с преимущественными нарушениями интеллекта, в том числе вследствие хромосомных нарушений и других врожденных или приобретенных в раннем возрасте причин (умственная отсталость)	F70 -F79	Умственная отсталость – это состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением когнитивных, речевых, моторных функций и социальных способностей, может развиваться с любым другим психическим или соматическим расстройством, или возникать без него. Нарушения в поведении могут отсутствовать. <i>Характерный признак: нарушение адаптивного поведения</i>	способность контролировать свое поведение	d 1550 Базисные навыки d 1551 Комплексные навыки d 2100 Выполнение простых задач. Подготовка, начало, организация времени и места, которые не обходимы для выполнения простых задач d 2301 Организация повседневного распорядка дня и т.д.
				способность к ориентации	d 110-d 129 Целенаправленное использование органов чувств d 2100 Выполнение простых задач. Подготовка, начало, организация времени и места, которые не обходимы для выполнения простых задач d 2301 Организация повседневного распорядка дня и т.д.
				способность к общению	d 310 Восприятие устных сообщений при общении d 315 Восприятие сообщений при невербальном способе общения d 320 Восприятие сообщений на языке формальных символов при общении d 325 Восприятие письменных сообщений при общении d 330 Речь d 335 Составление и изложение сообщений в невербальной форме d 340 Составление и изложение сообщений на языке формальных символов d 345 Письменные сообщения и т.д.
				способность к обучению	d 130 Копирование d 135 Повторение d 140 Усвоение навыков чтения d 145 Усвоение навыков письма d 150 Усвоение навыков счета d 155 Приобретение практических навыков d 159 Базисные навыки при обучении

### Библиографический список

1. Друкер, П. Классические работы по менеджменту / П. Друкер. – Текст : непосредственный. – М. : «Альпина Бизнес Букс», 2008. – 220 с.
2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья : МКФ. – Женева : Всемирная Организация Здравоохранения ; СПб. : Институт усовершенствования врачей-экспертов, 2001. – 346 с. – URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85389/924454542X.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата обращения: 01.11.2022).
3. Об утверждении методики определения целевых реабилитационных групп детей-инвалидов в зависимости от преимущественного вида стойких расстройств функции организма и ограничений жизнедеятельности : приказ Минтруда России от 28 марта 2022 N 176. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 22.11.2022). – Текст : электронный.
4. Об утверждении форм документов для организации и приобретения комплексной реабилитации и абилитации в пользу детей инвалидов и порядка их формирования цели реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов : Минтруда России от 31 марта 2022 N 188. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 22.11.2022). – Текст : электронный.
5. Об утверждении стандартов предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в стационарных условиях без проживания и питания сопровождающих детей-инвалидов лиц : приказ Минтруда России от 26 апреля 2022 N 262. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 22.11.2022). – Текст : электронный.
6. Об утверждении методики оценки эффективности услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов : приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 5 мая 2022 N 284. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 22.11.2022). – Текст : электронный.
7. **Российская Федерация. Постановления.** О реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов : Постановление Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2021 N 2339. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 22.09.2022). – Текст : электронный.
8. **Российская Федерация. Распоряжения.** Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2021 N 3711-р. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 22.09.2022). – Текст : электронный.

**Информация об авторах:** А.В. Злоказов – канд.экон.наук, [a.zlokazov@egov66.ru](mailto:a.zlokazov@egov66.ru), О.Б. Федосеева, [o.fedoseeva@egov66.ru](mailto:o.fedoseeva@egov66.ru), Е.В. Шестакова, [shestakova.ev68@yandex.ru](mailto:shestakova.ev68@yandex.ru)

**Information about the authors:** A.V. Zlokazov – Candidate of Economic Sciences, [a.zlokazov@egov66.ru](mailto:a.zlokazov@egov66.ru), O.B. Fedoseeva, [fedoseeva@egov66.ru](mailto:fedoseeva@egov66.ru), E.V. Shestakova, [shestakova.ev68@yandex.ru](mailto:shestakova.ev68@yandex.ru)

### Алгоритм оценки результативности комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида: из опыта работы

**Е.В. Шестакова<sup>1</sup>, Т.Л. Любушкина<sup>2</sup>, Т.В. Рогачева<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Государственное автономное учреждение Свердловской области «Областной центр реабилитации инвалидов», г. Екатеринбург, 620089, Россия

<sup>2</sup>Министерство социальной политики Свердловской области, г. Екатеринбург, 620144, Россия

**Аннотация.** В статье описан опыт реабилитационной организации (ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов»), участвующей в пилотном проекте по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, по проведению реабилитационной диагностики.

Указано, что под реабилитационной диагностикой авторы понимают системообразующий компонент реабилитационного процесса, целью которого выступает получение информации о состоянии наблюдаемого (ребенка-инвалида) с помощью комплексных процедур (клинического, психодиагностического и др. инструментариев) для определения результативности этого процесса. Рассмотрен алгоритм оценки результативности комплексной реабилитации. Предложено привести к «общему знаменателю» диагностируемые показатели нарушений в различных статусах ребенка-инвалида в соответствии со шкалой Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья; формулировать общую цель реабилитации ребенка-инвалида в реабилитационном учреждении, ориентируясь на соответствие его ведущее ограничение жизнедеятельности, ставить конкретные задачи по направлениям реабилитации, сочетающиеся с общей целью. После проведения всех реабилитационных мероприятий при повторной диагностике всех статусов ребенка-инвалида все полученные показатели приводятся к общей шкале, что позволяет определять в качественных показателях «улучшение», «ухудшение», «без изменений», результативность реабилитационного процесса.

**Ключевые слова:** комплексная реабилитация и абилитация, реабилитационная диагностика, результативность реабилитационного процесса.

### **Algorithm for evaluating the effectiveness of complex rehabilitation and habilitation of a disabled child**

**E.V. Shestakova<sup>1</sup>, T.L. Lyubushkina<sup>2</sup>, T.V. Rogacheva<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>The State autonomous institution of the Sverdlovsk region «Regional Center for Rehabilitation of disabled people», Yekaterinburg, 620089, Russia

<sup>2</sup>Ministry of Social Policy of the Sverdlovsk Region, Yekaterinburg, 620144, Russia

**Abstract.** The article describes the experience of a rehabilitation organization (GAU «Regional Center for Rehabilitation of Disabled People») participating in a pilot project to provide services for comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled children, to conduct rehabilitation diagnostics. It is indicated that the authors understand rehabilitation diagnostics as a system-forming component of the rehabilitation process, the purpose of which is to obtain information about the condition of the observed (disabled child) using complex procedures (clinical, psychodiagnostic, etc. tools) to determine the effectiveness of this process. The algorithm for evaluating the effectiveness of complex rehabilitation is considered. It is proposed to bring to a «common denominator» the diagnosed indicators of violations in various statuses of a disabled child in accordance with the scale of the International Classification of Functioning, disability and health, formulate a general goal of rehabilitation of a disabled child in a rehabilitation institution in accordance with his leading disability and set specific tasks in the areas of rehabilitation in accordance with the general goal. After carrying out all rehabilitation measures, when re-diagnosing all the statuses of a disabled child, also bring all the indicators obtained to a common scale, which will allow determining in qualitative indicators: «improvement», «deterioration» and «unchanged» the effectiveness of the rehabilitation process.

**Key words:** complex rehabilitation and habilitation, rehabilitation diagnostics, effectiveness of the rehabilitation process.

*Введение.* Комплексная реабилитация и абилитация ребенка-инвалида, в соответствии с принятой в 2021 году Концепцией развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года (далее – Концепция), предполагает «персонализированное сочетание оптимально подходящих услуг для детей-инвалидов по основным направлениям реабилитации и абилитации, предоставляемых в целях полной реализации их реабилитационного потенциала, максимально возможного восстановления или компенсации имеющихся стойких нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности (далее – ОЖД), подготовки и достижения социальной адаптации и интеграции, максимальной инклюзии, самостоятельности и независимости,

а также повышения качества жизни» [2, с. 2]. В федеральных стандартах предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов разных целевых реабилитационных групп по каждому направлению реабилитации реабилитационный процесс начинается с диагностических процедур. Поэтому реабилитационная диагностика становится важным компонентом реабилитационного процесса. С одной стороны, реабилитационная диагностика выступает как своеобразное предписание, алгоритм, норма фиксации содержания и последовательности определенных видов деятельности в реабилитационном процессе, а с другой стороны, это описание фактически выполненной деятельности.

Реабилитационную диагностику можно определить как взаимодействие (систему действий) участников реабилитационного процесса (и субъектов, и объектов реабилитационной диагностики), необходимое для определения реабилитационного диагноза «на входе», разработки реабилитационного маршрута в конкретной реабилитационной организации, получения результатов (промежуточных и итоговых) осуществления реабилитационного процесса и их соответствия стандарту предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов для конкретного ребенка-инвалида. Поэтому под реабилитационной диагностикой мы понимаем системообразующий компонент реабилитационного процесса, целью которого выступает получение информации о состоянии наблюдаемого (ребенка-инвалида) с помощью комплексных процедур (клинического, психодиагностического и др. инструментариев) для определения результативности этого процесса.

Таким образом, проведение реабилитационной диагностики в реабилитационной организации содержит два основных аспекта: диагностику нарушений и сохранных функций, а также способы определения результативности реабилитационного процесса. Первый аспект ориентирует на содержание следующих структурных компонентов реабилитационного процесса: цели реабилитации и задач реабилитации по каждому направлению комплексной реабилитации «как и чем (какими инструментами) диагностировать» (то есть определяет содержание следующих структурных компонентов реабилитационного процесса: видов диагностики; методов, способов и форм диагностики; средств диагностики; субъектов диагностики; объектов диагностики). Второй аспект предполагает, что у специалистов есть инструменты для определения результативности реабилитационного процесса.

*Постановка проблемы.* Как указывается в Концепции, «научно обоснованные реабилитационные (абилитационные) подходы с доказанной эффективностью проводимых мероприятий и контролем итоговых результатов» [2, с. 27] до сих пор являются задачей, которую еще предстоит достичь.

*Цель:* описание опыта проведения реабилитационной диагностики в конкретном реабилитационном учреждении (ГАУ Свердловской области «Областной центр реабилитации инвалидов»), участвующем в пилотном проекте по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов. Предложен разработанный в ГАУ Свердловской области «Областной центр реабилитации инвалидов» алгоритм оценки результативности реабилитационного процесса.

*Методы исследования:* описательный, включающий приемы интерпретации получаемых в ходе комплексной реабилитации данных, сопоставление их с предлагаемой оценкой в Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ), обобщение полученных результатов.

*Результаты и их обсуждение.* В Концепции указано, что принципы, заложенные в МКФ, «признаются всеми ведущими научными центрами научно-методической основой комплексной реабилитации и абилитации», потому что данная классификация «является стандартом Всемирной организации здравоохранения в области измерения состояния здоровья, активности и участия лиц с ограничениями жизнедеятельности как на уровне индивида, так и на уровне общества» [2, с. 25]. Применение принципов МКФ в практике организации и проведения комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида позволяет разработать алгоритм, который описывает весь реабилитационный маршрут ребенка-инвалида. Реабилитационный маршрут ребенка-инвалида начинается с изучения индивидуальной программы реабилитации и

абилитации ребенка-инвалида (далее – ИПРА), в которой зафиксированы основные ограничения жизнедеятельности и степень нарушений структур и функций организма. Далее в ходе проведения реабилитационной диагностики, которая предусматривает несколько реабилитационных мероприятий сбор статусов ребенка-инвалида (социально-бытового, социально-средового, социально-психологического, социально-педагогического, социокультурного, а также определение уровня сформированности физических и жизненно важных умений и навыков, и профессиональных интересов) по всем направлениям реабилитации проводится соотнесение выделенных в ИПРА ограничений жизнедеятельности и результатов диагностики. Все статусы приведены к единой шкале по образцу МКФ [1, с. 17] (Таблица 1). Обобщение получаемой информации позволяет определить «реабилитационный диагноз» ребенка-инвалида.

Таблица 1 – Соотнесенность шкалы МКФ со статусами

Выраженность нарушений	Балл	Статус
НЕТ нарушений (ничтожные)	0	Сохранен
ЛЕГКИЕ нарушения	1	Сохранен, но требуется контроль со стороны другого человека
УМЕРЕННЫЕ нарушения	2	Нарушен, но возможно восстановление
ТЯЖЕЛЫЕ нарушения	3	Нарушен, восстановление затруднено
АБСОЛЮТНЫЕ нарушения	4	Утерян, без возможности восстановления

Исходя из данного диагноза, формулируется основная цель реабилитации в учреждении. Для формулирования конкретной и понятной цели предлагаем выделить понятие «ведущего ОЖД», под которым понимается, во-первых, то ограничение жизнедеятельности, степень которого наиболее высокая по отношению к другим установленным в ходе проведения медико-социальной экспертизы ограничениям, во-вторых, то ОЖД, по которому специалисты конкретного реабилитационного учреждения смогут провести максимально результативные реабилитационные мероприятия. При наличии совокупности ОЖД в одинаковой степени, ведущее ОЖД определяется коллегиально специалистами мультидисциплинарной команды с учетом потребностей ребенка-инвалида (старше 14 лет) и его законного представителя. Цель должна быть конкретной, достижимой за курс реабилитации, измеримой, значимой для ребенка-инвалида и его семьи. Цель, установленная на курс реабилитации, достигается через решение задач, сформулированных для каждого направления реабилитации (абилитации).

Приведем пример. Ребенок-инвалид, 16 лет (ЦРГ – 1.1). В ИПРА – умеренные нарушения психических функций (60 %), незначительные нарушения языковых и речевых функций (20 %), незначительные нарушения сенсорных функций (10 %). ОЖД – способности к обучению, общению. При первичной диагностике были диагностированы следующие особенности: последствия ДЦП, двуязычие. Поэтому на совещании междисциплинарной команды было принято решение определить ведущим ОЖД общение, общей целью реабилитации – сформировать адекватные способы межличностного взаимодействия, в том числе на разговорном русском языке. При проведении первичной диагностики были сформулированы задачи по каждому направлению реабилитации, которые приведены в таблице 2.

В ходе проведения реабилитационных мероприятий реализуются задачи, которые выполняются специалистами разных направлений реабилитации и абилитации, но с учетом общей цели реабилитации (Таблица 2). После проведения всех реабилитационных мероприятий, в соответствии со стандартом предоставления услуги по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов разных целевых реабилитационных групп, проводится повторная диагностика, в ходе которой оцениваются различные статусы ребенка-инвалида также по шкале МКФ.

Таблица 2 – Алгоритм постановки задач в соответствии со статусом и направлением реабилитации

Направление реабилитации	Статус	Задача
Социально-бытовая	(2) нарушенный (с бытовыми проблемами справляется самостоятельно, но необходим частичный присмотр и контроль)	(d6502) Научить пользоваться бытовыми приборами (стиральная машина, пылесос, компьютер и т.д.) с применением инструкции на русском языке; (d640) убирать за собой (вытереть стол, помыть посуду, застелить постель, убрать грязь и т.д.);
Социально-средовая	(2) частично нарушенный, но с возможностью восстановления	(d230) выполнять повседневный распорядок дня; (d4601 - 4602) обучить ориентироваться вокруг Центра с использованием гугл-карты на русском языке; (d450) научить самостоятельно дойти к необходимым объектам (аптеке, магазину) и вернуться обратно; (d470) в том числе общественным транспортом; (d620) научить распоряжаться денежными средствами, в т.ч. при взаимодействии с продавцом
Социально-педагогическая	(2) нарушен: несформированность языковых и речевых средств, дизартрия умеренной степени выраженности	(d166) чтение на русском языке; (d330) улучшить спонтанную и диалогическую речь; (d310) улучшить понимание ситуативной речи
Социально-психологическая	(1) нарушен: снижены когнитивные функции/эмоциональная лабильность	(b144; d135; d138) улучшить функции памяти; (b140; d160) улучшить функции внимания; (d310 - d350) улучшить функцию общения; (d710) улучшить базисные межличностные взаимодействия
Социокультурная	(1) нарушен в связи с двуязычием	(d9100) включить в социокультурные мероприятия Центра с использованием разговорной русской речи
Профориентация	(3) профессиональные интересы не сформированы, но выявлен интерес к профессиональной деятельности	(d840) проинформировать о различных профессиональных видах деятельности и возможностях получения различных профессий
Адаптивная физическая культура	(1) движения выполняются с небольшим ограничением амплитуды и меньшим количеством раз вследствие выявленных ограничений передвижения	(d4551) отработать спуск и подъем по ступенькам; (d4554) обучить правильным движениям при плавании

Приведем пример. В результате проведенной комплексной реабилитации для ребенка-инвалида при повторной диагностике были выявлены следующие улучшения (Таблица 3).

Для статистической сравнимости предлагаем рассмотреть качественную оценку результативности. Для этого можно использовать допустимые для порядковой шкалы операции, а именно: «больше» («>»), «меньше» («<») и «равно» («=»). Целевые показатели, соответствующие поставленным реабилитационным задачам, «до» и «после» сравниваются, полученный результат записывается знаком «+», «-» или (0); «>» (балл стал меньше, «улучшение»), «<» (балл стал больше, «ухудшение») и «=» (0 или «без изменений»).

Общая результативность клиента выводится исходя из количества полученных знаков:

- преобладание «+» → «+» (улучшение);
- преобладание «-» → «-» (ухудшение);
- равное количество «+» и «-» → «0» (без изменений);
- все полученные значения «0» → «0» (без изменений).

Таким образом, результативность оценивается качественно и может выражаться в значениях «улучшение», «ухудшение» и «без изменений». У предложенного метода также существуют свои недостатки, а именно крайне высокая чувствительность к изменениям.



Таблица 3 – Показатели результативности комплексной реабилитации

Направление реабилитации	Улучшения
Социально-бытовая	– научилась пользоваться стиральной машиной, кухонными бытовыми приборами; – содержала в порядке свои вещи
Социально-средовая	– ориентировалась в расписании, в Центре; – поддерживала порядок в комнате проживания с другими девочками; – научилась ориентации вокруг Центра с использованием гугл-карты; – при применении денег; – стала лучше понимать цели и задачи своей реабилитации
Социально-педагогическая	– научилась выделять границы предложения, улучшилось ударение в простых словах; – улучшилось чтение на русском языке; – объем импрессивной речи увеличился; – стала лучше понимать ситуативную речь
Социально-психологическая	– улучшились показатели по когнитивным функциям: памяти. – улучшилось коммуникативное взаимодействие (со специалистами, с другими детьми-инвалидами)
Социокультурная	– активно участвовала в различных культурных мероприятиях (в концерте для клиентов)
Профориентация	– улучшилась мотивированность на профессиональную деятельность; – начали формироваться профессиональные интересы; – научилась составлять резюме
Адаптивная физическая культура	– увеличился объем движений (в категории ходьба и плавание); – улучшилась координация движений; – повысился уровень толерантности к физическим нагрузкам

Эту проблему можно решить двумя путями: присваивать знаки «+» и «-» при разнице сравнимых показателей более чем в один порядок, либо откалибровать градацию значений целевых показателей, сделав их более требовательными для сдвига порядка.

Несмотря на эффективность реабилитации, продиагностированную по методике «Балльная система определения степени ограничений в социально значимых категориях жизнедеятельности у детей» – 15 % (динамика удовлетворительная), опираясь на предложенный подход, можно констатировать улучшение по всем направлениям комплексной реабилитации.

*Выводы.* Данный подход на сегодняшний день реализован в ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов» при определении результатов реабилитации для инвалидов старше 18 лет и дополнительно к методике «Балльная система определения степени ограничений в социально значимых категориях жизнедеятельности у детей» (авторы Г.В. Волинец, М.А. Школьникова) применяется в реабилитационной диагностике детей-инвалидов.

#### Библиографический список

1. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья : МКФ. – Женева : Всемирная Организация Здравоохранения ; СПб. : Институт усовершенствования врачей-экспертов, 2001. – 346 с. – URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85389/924454542X.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата обращения: 01.11.2022). – Текст : электронный.

2. **Российская Федерация. Распоряжения.** Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2021 N 3711-р. – URL: [//www.consultant.ru](http://www.consultant.ru) (дата обращения: 01.11.2022). – Текст : электронный.

**Информация об авторах:** Е.В. Шестакова, [Shestakova.ev68@yandex.ru](mailto:Shestakova.ev68@yandex.ru), Т.Л. Любушкина, [t.lyubushkina@egov66.ru](mailto:t.lyubushkina@egov66.ru), Т.В. Рогачева – д-р психол. наук, доцент, [TVRog@yandex.ru](mailto:TVRog@yandex.ru)

**Information about the authors:** E.V. Shestakova, [Shestakova.ev68@yandex.ru](mailto:Shestakova.ev68@yandex.ru), T.L. Lyubushkina, [t.lyubushkina@egov66.ru](mailto:t.lyubushkina@egov66.ru), T.V. Rogacheva – Doctor of Psychology, Associate Professor, [TVRog@yandex.ru](mailto:TVRog@yandex.ru)

## Формирование ранней помощи детям и их семьям в Санкт-Петербурге

**С.В. Павлова<sup>1</sup>, А.В. Сокуров<sup>1</sup>, Т.В. Ермоленко<sup>1</sup>, В.В. Лорер<sup>1,2</sup>,  
С.В. Малькова<sup>1</sup>, И.С. Ишутина<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, 195067, Россия

<sup>2</sup>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, 197022, Россия

**Аннотация.** *Введение.* Соблюдения прав ребенка, в том числе, с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью, включения их в активную жизнь общества актуализируют проблему оказания семьям, имеющим детей в возрасте от рождения до трёх лет качественных, своевременных и доступных услуг по ранней помощи.

*Цель.* Оценить полноту охвата детей целевой группы услугами ранней помощи в Санкт-Петербурге, сформулировать предложения по дальнейшему совершенствованию и развитию ранней помощи детям и их семьям.

*Материалы и методы.* Анализ данных федерального статистического наблюдения N 1-РП «Сведения по ранней помощи детям целевой группы» субъекта Российской Федерации (Санкт-Петербург).

*Результаты.* В Санкт-Петербурге по состоянию на 31.12.2021 охват детей услугами ранней помощи составил 99,9 %, что выше среднего по Российской Федерации. Отмечается увеличение доли детей целевой группы, получивших услуги ранней помощи в Санкт-Петербурге, от общего числа детей, нуждающихся в получении услуг на 0,4 % (2020 г. – 99,5 %). В регионе создано 86 организаций, оказывающих услуги ранней помощи, что также является выше среднего значения (75,6 организаций) по Российской Федерации. Численность специалистов, прошедших обучение по ранней помощи, на 1 организацию составила 2,7 человека, что выше среднестатистического значения (1,4 человек).

*Заключение.* В субъектах Российской Федерации и в Санкт-Петербурге отмечается рост количества организаций, предоставляющих услуги ранней помощи детям целевой группы и их семьям. Для надлежащей работы таких организаций требуется развитие нормативного и кадрового обеспечения, а также совершенствование формы федерального статистического наблюдения N 1-РП «Сведения по ранней помощи детям целевой группы».

**Ключевые слова:** ранняя помощь детям и их семьям, дети целевой группы, форма федерального статистического наблюдения N 1-РП.

## Formation of early assistance to children and their families in St. Petersburg

**S.V. Pavlova<sup>1</sup>, A.V. Sokurov<sup>1</sup>, T.V. Ermolenko<sup>1</sup>, V.V. Lorier<sup>1,2</sup>,  
S.V. Malkova<sup>1</sup>, I.S. Ishutina<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Federal state Budgetary Institution “Federal Scientific Center for the Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht” of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation, St. Petersburg, St. Petersburg, 195067, Russia

<sup>2</sup>Federal state Budgetary Edikational Institution of Higher Edikation «Academician I.P. Pavlov First St Petersburg State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, St. Petersburg, 197022, Russia

**Abstract. Introduction.** The observance of the rights of children, including those with disabilities and disabilities, their inclusion in the active life of society actualize the problem of providing families with children aged from birth to three years with high-quality, timely and affordable early care services.

**Goal.** To assess the completeness of coverage of children of the target group with early care services in St. Petersburg, to formulate proposals for further improvement and development of early care for children and their families.

**Materials and methods.** Analysis of data from Federal Statistical Observation No. 1-RP "Information on early care for children of the target group" in St. Petersburg.

**Results.** In St. Petersburg, as of 31.12.2021, the coverage of children with early care services was 99.9 %, which is higher than the average for the Russian Federation. There is an increase in the proportion of children of the target group who received early care services in St. Petersburg from the total number of children in need of services by 0.4 % (2020 – 99.5 %). 86 organizations providing early aid services have been established in the region, which is also higher than the average (75.6 organizations) in the Russian Federation. The number of specialists trained in early care for 1 organization was 2.7 people, which is higher than the average value (1.4 people).

**Conclusion.** In the constituent entities of the Russian Federation and in St. Petersburg, there is an increase in the number of organizations providing early assistance services to children of the target group and their families. For the proper work of such organizations, the development of regulatory and personnel support is required, as well as the improvement of the form of federal statistical observation No. 1-RP "Information on early assistance to children of the target group".

**Key word:** early assistance to children and their families, children of the target group, form of federal statistical observation No. 1-RP.

**Введение.** Согласно Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года ранняя помощь детям и их семьям должна стать начальным звеном формируемой системы комплексной реабилитации и абилитации, для чего необходимо развитие служб ранней помощи детям и их семьям, позволяющих предотвратить формирование или утяжеление детской инвалидности на ранних этапах [3]. Ранняя помощь детям и их семьям рассматривается как одно из направлений реализации государственной политики и развития здоровьесберегающих технологий, что позволит уменьшить количество детей-инвалидов и снизить бремя финансовой нагрузки на систему здравоохранения, образования, социальной защиты и пр.

Задачи, которые ставит Правительство Российской Федерации для формирования ранней помощи в субъектах, решаются в следующих направлениях:

- 1) создание условий для оказания доступной и качественной ранней помощи детям, имеющим отклонения в развитии и риск их появления;
- 2) профилактика детской инвалидности, комплексная реабилитация и абилитация детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов, в том числе выработка и внедрение действенных механизмов, предотвращающих риски детской инвалидности;
- 3) развитие комплексной реабилитации и абилитации детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов и повышение результативности на основе внедрения эффективных социальных практик;
- 4) обеспечение применения современных технологий, продукции реабилитационной направленности для реабилитации и абилитации детей-инвалидов;
- 5) развитие производства современной продукции реабилитационной направленности;
- 6) модернизация системы образования в части реализации права на получение качественного доступного преемственного образования детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами;

7) модернизация системы подготовки кадров для обучения и воспитания, психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов;

8) изучение современной семьи и современного ребенка для обеспечения поддержки семьи как полноправного участника процесса образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов;

9) развитие инклюзивной среды в образовании, становление инклюзивной культуры образовательного процесса;

10) развитие сети отдельных образовательных организаций, выполняющих в том числе функции учебно-методических (ресурсных) центров, оказывающих методическую помощь педагогическим работникам общеобразовательных (инклюзивных) организаций, психолого-педагогическую помощь детям и их родителям.

Актуальность развития ранней помощи детям и их семьям в Российской Федерации также отражена в указах Президента Российской Федерации [5;6]:

– указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 N 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» (в котором определена необходимость создания условий для раннего развития детей в возрасте до 3-х лет, реализация программы психолого-педагогической, методической и консультативной помощи родителям детей, получающих дошкольное образование в семье);

– указ Президента Российской Федерации от 29 мая 2017 N 240 «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства».

На основании распоряжения Правительства Российской Федерации от 23 января 2021 N 122-р утвержден план основных мероприятий, проводимых в рамках «Десятилетия детства», на период до 2027 г., в котором представлены мероприятия в разделе «Организация развития системы ранней помощи в регионах» [4]. Система ранней помощи должна способствовать всестороннему развитию детей, благополучию семей с детьми, улучшению качества жизни детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов, а также повышению эффективности реализации мероприятий, проводимых в рамках «Десятилетия детства».

*Цель.* Оценить полноту охвата детей целевой группы услугами ранней помощи в субъекте Российской Федерации на примере Санкт-Петербурга, сформулировать предложения по дальнейшему совершенствованию и развитию ранней помощи детям и их семьям.

*Материалы и методы.* Данные федерального статистического наблюдения N 1-РП «Сведения по ранней помощи детям целевой группы» из Санкт-Петербурга [1;2]. Проведена оценка развития региональной системы по оказанию услуг ранней помощи детям и их семьям на примере Санкт-Петербурга. Применены общенаучные методы (контент-анализ, аналитический, системно-структурный, сравнительный, статистический) и методологические приемы систематизации, сопоставления, обобщения, интерпретации с использованием стандартного пакета программ Excel-7,0 для IBM PC.

*Результаты.* По данным статистического наблюдения на 31.12.2021 в Российской Федерации услуги ранней помощи предоставляют 6429 организации, что на 605 организаций (на 9,4 %) больше по сравнению с 2020 г., в 2020 г. отмечалось на 716 организаций (на 12,3 %) больше по сравнению с 2019 г. Сохраняется неравномерное распределение организаций по субъектам Российской Федерации – от 1 до 478 организации. В среднем по Российской Федерации, в одном субъекте создано 75,6 организации, предоставляющих услуги ранней помощи. В Санкт-Петербурге создано и функционирует 86 организаций, оказывающих услуги ранней помощи, различной ведомственной принадлежности, из которых в государственных и муниципальных формах собственности находятся 83 (96,6 %), в частной форме собственности – 2 (2,3 %) организации и 1 (1,1 %) организация находится в иных формах собственности. Как видно из вышеперечисленного, в Санкт-Петербурге наблюдается увеличение количества функционирующих организаций по оказанию услуг ранней помощи

детям и их семьям, данная тенденция является выше средней по сравнению с другими цифрами по регионам Российской Федерации.

Наибольшее количество организаций, предоставляющих услуги ранней помощи детям и их семьям в Санкт-Петербурге, как и в целом по Российской Федерации, открыто в сфере образования – 46 (53,7 %); на втором месте находятся организации в сфере социальной защиты населения – 22 (26 %); третье место занимают организации в сфере здравоохранения – 15 (18 %) и 2 (2,3 %) организации функционируют в негосударственных структурных подразделениях. Необходимо отметить, что в субъектах Российской Федерации большинство организаций, оказывающих услуги ранней помощи, находятся в сфере образования (около 58 %) и здравоохранения (более 26 %), в сфере социальной защиты населения (15,2 %), что является отличительной чертой по сравнению с Санкт-Петербургом.

В Российской Федерации все региональные ресурсно-методические центры ранней помощи детям и их семьям находятся в государственных учреждениях. Автономная некоммерческая организация дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства», являясь негосударственным образовательным учреждением дополнительного профессионального образования, приоритетными направлениями деятельности которого является разработка, апробация и распространение передовых инновационных программ в области раннего вмешательства, функционирует как единственный региональный ресурсно-методический центр ранней помощи детям и их семьям в Санкт-Петербурге.

В Санкт-Петербурге проживает 237 330 детей от 0 до трёх лет, из которых 6916 (2,9 %) отнесены к целевой группе по данным федерального статистического наблюдения N 1-РП «Сведения по ранней помощи детям целевой группы». В государственных организациях Санкт-Петербурга состоят на учете: дети-инвалиды из целевой группы – 982 (14,1 %), с генетическими нарушениями – 39 (0,6 %), дети с ограниченными возможностями здоровья, с риском развития стойких нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности – 5340 (77,2 %), дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей (не инвалиды) – 295 (4,3 %) детей, дети из семей, находящихся в социально опасном положении (не инвалиды) – 260 (3,8 %). Сведения федерального статистического наблюдения N 1-РП «Сведения по ранней помощи детям целевой группы» не позволяют выделить детей, состоящих на учете в негосударственных организациях.

Распределение детей из целевой группы в Санкт-Петербурге по возрастно-половым признакам:

- до одного года мальчиков 610 (8,8 %), девочек 536 (7,8 %);
- один год мальчиков 932 (13,5 %), девочек 773 (11,1 %);
- два года мальчиков 1431 (20,7 %), девочек 1027 (14,8 %);
- три года мальчиков 1004 (14,5 %), девочек 603 (8,7 %).

Вышеперечисленное позволяет сделать вывод, что от 0 до трёх лет, количество мальчиков превалирует над девочками. Возрастная категория детей из целевых групп от двух до трёх лет является наиболее многочисленной в Санкт-Петербурге, что необходимо учитывать при проведении профилактических мероприятий в семьях с детьми данной категории.

В Российской Федерации доля детей из целевых групп, впервые выявленных в 2021 г., составила 39,5 % от общего числа детей, отнесенных к целевой группе. В Санкт-Петербурге данный показатель выше и соответствует 49,3 %.

В Санкт-Петербурге по возрастно-половым признакам количество впервые выявленных детей из целевой группы составило:

- до одного года мальчиков 296 (8,7 %), девочек 260 (7,6 %);
- один год мальчиков 401 (11,7 %), девочек 393 (11,5 %);
- два года мальчиков 610 (17,9 %), девочек 521 (15,2 %);

– три года мальчиков 547 (16,0 %), девочек 383 (11,2 %).

Самая низкая выявляемость детей из целевой группы находится в возрастной категории до одного года, когда реабилитационные мероприятия являются наиболее эффективными и прогностически значимыми в жизни ребёнка и его семьи. Специалистам, работающим в организациях по выявлению детей из целевых групп и их семей в данных возрастных категориях, необходимо более активно и внимательно оценивать состояние граждан и вести правильный учет нуждаемости в услугах по ранней помощи.

По состоянию на 31.12.2021 в Санкт-Петербурге охват детей услугами ранней помощи составил 99,9 %, что является выше среднего по Российской Федерации. Отмечается увеличение доли детей целевой группы, получивших услуги ранней помощи, от общего числа детей, нуждающихся в получении услуг на 0,4 % (2020 г. – 99,5 %). Численность детей, нуждающихся в ранней помощи, на 1 организацию составила 80,4 человек, что выше среднестатистического значения по Российской Федерации (38,6 чел.).

В 2021 г. в Санкт-Петербурге нагрузка на организацию увеличилась на 3,6 %, что является ниже среднего по Российской Федерации, увеличилось на 12,8 % число детей, нуждающихся в услугах ранней помощи и на 8,9 % увеличилось число организаций, предоставляющих услуги ранней помощи детям и их семьям.

Численность специалистов в Санкт-Петербурге, оказывающих услуги ранней помощи детям и их семьям, в 2021 г. составила 433 человек. Из них работают в сфере здравоохранения – 144 человека (33,2 %), образования – 178 (42,1 %), в организациях социальной защиты – 96 (21,2 %) и в негосударственных организациях – 15 человек (3,5 %). Из них более половины прошли обучение по программе повышения квалификации в области ранней помощи 229 (52,8 %) специалистов.

*Заключение.* Таким образом, показатели ранней помощи в Санкт-Петербурге в 2021 г. выше среднестатистических значений по Российской Федерации. За период 2019-2021 гг. в регионе отмечается положительная динамика в развитии ранней помощи: проводится работа по выявлению детей, нуждающихся в услугах ранней помощи, отмечается рост организаций, имеется региональный ресурсно-методический центр ранней помощи, осуществляется подготовка кадров. Для надлежащей работы организаций, предоставляющих услуги ранней помощи детям и их семьям в Санкт-Петербурге, требуется как развитие нормативного и кадрового обеспечения, так и совершенствование формы федерального статистического наблюдения N 1-РП «Сведения по ранней помощи детям целевой группы», для проведения более точного анализа показателей.

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

#### **Библиографический список**

1. Об определении научных организаций, подведомственных Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации, в качестве методических центров комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей – инвалидов : приказ Минтруда России от 29 января 2019 N 46. – URL: <https://mintrud.gov.ru/docs/mintrud/orders/1340> (дата обращения: 24.03.2022). – Текст : электронный.

2. Об утверждении формы федерального статистического наблюдения с указаниями по ее заполнению для организации Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации федерального статистического наблюдения о сведениях по ранней помощи детям целевой группы : приказ Росстата от 22 марта 2019 N 161. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/553941366> (дата обращения: 21.03.2022). – Текст : электронный.

3. **Российская Федерация. Распоряжения.** Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года : распоряжение Правительства Российской Федерации от 11.03.2022 N 1000-РП.

Федерации от 18 декабря 2021 N 3711-р. – URL: <http://opko43.ru/download/15375/>. (дата обращения: 21.11.2022). – Текст : электронный.

4. **Российская Федерация. Распоряжения.** Об утверждении плана основных мероприятий, проводимых в рамках Десятилетия детства, на период до 2027 года : распоряжение Правительства Российской Федерации от 23 января 2021 N 122-р. – URL: <https://mintrud.gov.ru/social/202> (дата обращения: 05.01.2021). – Текст : электронный.

5. **Российская Федерация. Указы.** Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства : указ Президента Российской Федерации от 29 мая 2017 N 240. – URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 30.11.2021). – Текст : электронный.

6. **Российская Федерация. Указы.** О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года : указ Президента Российской Федерации от 07 мая 2018 N 204. – URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 30.11.2021).

**Информация об авторах:** С.В. Павлова – канд.мед.наук, [stefanida-pavlova@yandex.ru](mailto:stefanida-pavlova@yandex.ru), А.В. Сокуров – д-р мед.наук, [ansokurov@yandex.ru](mailto:ansokurov@yandex.ru), Т.В. Ермоленко – канд.мед.наук, [tatvalerm@yandex.ru](mailto:tatvalerm@yandex.ru), В.В. Лорер – канд.психол.наук, [lorer@list.ru](mailto:lorer@list.ru), С.В. Малькова, [malkovas@center-albreht.ru](mailto:malkovas@center-albreht.ru), И.С. Ишутина – канд.мед.наук, [in.ishutina@yandex.ru](mailto:in.ishutina@yandex.ru)

**Information about the authors:** S.V. Pavlova – Candidate of Medical Sciences, [stefanida-pavlova@yandex.ru](mailto:stefanida-pavlova@yandex.ru), A.V. Sokurov – Doctor of Medical Sciences, [ansokurov@yandex.ru](mailto:ansokurov@yandex.ru), T.V. Ermolenko – Candidate of Medical Sciences, [tatvalerm@yandex.ru](mailto:tatvalerm@yandex.ru), V.V. Lorer – Candidate of Psychological Sciences, [lorer@list.ru](mailto:lorer@list.ru), S.V. Malkova, [malkovas@center-albreht.ru](mailto:malkovas@center-albreht.ru), I.S. Ishutina – Candidate of Medical Sciences, [in.ishutina@yandex.ru](mailto:in.ishutina@yandex.ru)

## **Контроль за работой стационарных учреждений социального обслуживания Ленинградской области по защите прав инвалидов**

**А.Г. Рябокоть<sup>1,2</sup>, С.А. Пономарев<sup>1</sup>, О.Е. Доронина<sup>1</sup>, Т.С. Кулинич<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ленинградской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, 195197, Россия

<sup>2</sup>Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, 194044, Россия

**Аннотация.** В статье определена важная роль контрольно-надзорной деятельности федерального учреждения медико-социальной экспертизы по соблюдению прав инвалидов в стационарных учреждениях социального обслуживания Ленинградской области при оказании им социальных услуг; перечислены полномочия и задачи специалистов медико-социальной экспертизы. Представлены результаты проверок, в ходе которых уделено особое внимание своевременности направления граждан и инвалидов на медико-социальную экспертизу, а также оценены качество и полнота направительных документов, информация о выполнении реабилитационных мероприятий. Также представлены результаты проведенных медико-социальных экспертиз по установлению инвалидности, разработке и актуализации индивидуальных программ реабилитации. Сформулированы предложения по совершенствованию взаимодействия стационарных учреждений социального обслуживания с медицинскими организациями, службой занятости.

**Ключевые слова:** медико-социальная экспертиза, инвалиды, стационарные учреждения социального обслуживания, индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида.

## **Control over the work of stationary social service institutions of the Leningrad region for the protection of the rights of persons with disabilities**

**A.G.Riabokon<sup>1,2</sup>, S.A.Ponomarev<sup>1</sup>, O.E.Doronina<sup>1</sup>, T.S.Kulinich<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Federal State Institution «Main Bureau of Medical and Social Expertise in the Leningrad area» of the Ministry of labor and social protection of the Russian Federation, Saint-Petersburg, 195197, Russia

<sup>2</sup> The Federal State Budgetary Institution «Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts» of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation, St. Petersburg, 194044, Russia

**Abstract.** The important role of the control and supervisory activities of the institution of medical and social expertise on the observance of the rights of disabled people in stationary social service institutions of the Leningrad region in the provision of social services to them is determined, the powers and tasks of specialists of medical and social expertise are indicated. During the inspections, attention was paid to the timeliness of sending citizens and disabled people to the ITU, the quality and completeness of referral documents, information on the implementation of rehabilitation measures were evaluated. Medical and social examinations were carried out to establish disability, develop and update individual rehabilitation programs. Proposals are formulated to improve the interaction of stationary social service institutions with medical organizations, employment service.

**Key words:** medical and social expertise, persons with disabilities, the stationary social service institutions, individual rehabilitation or habilitation program for a disabled person.

*Введение.* Действующая система психоневрологических интернатов (далее – ПНИ), созданная ещё в советское время, несмотря на многочисленные попытки её реформирования, устарела, и наступило время, когда необходимо приступить к формированию системы ПНИ на новой основе.

С 1 января 2021 г. приказом Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации от 30 марта 2020 N 157н [6] Правила организации деятельности организаций социального обслуживания и их структурных подразделений дополняются нормами, определяющими их задачи и функции, в том числе по уходу за инвалидами, страдающими психическими расстройствами, а также закрепляющими права и свободы этих граждан. Новые положения также закрепляют оказание поддержки ведения гражданами в ПНИ активного образа жизни, их социализацию, содействие в профессиональном обучении, трудоустройстве. Кроме того, планируется разработать концепцию совершенствования жизнеустройства инвалидов в Российской Федерации на основе лучших практик регионов.

Результаты многочисленных обследований проживающих в ПНИ граждан, а также проверки, в ходе которых выявлены проблемы в организации деятельности ПНИ, подтверждают, что нужно менять саму систему организации помощи указанным гражданам, включая процессы их социализации и реабилитации, развитие сопровождаемого проживания данных людей, их сопровождение в процессах профессионального образования и занятости [9].

Реформирование системы ПНИ должно осуществляться с учетом современных представлений о потребностях и возможностях граждан с ментальными нарушениями. Индивидуальные обследования проживающих в ПНИ граждан, характеризующиеся многоаспектностью, помогут профильным ведомствам получить объективную информацию: о количестве инвалидов, нуждающихся в сопровождаемом проживании: о том, какие меры социального обслуживания могут быть к ним применимы, а также о возможности их расширения или трансформации.

*Результаты исследования.* В соответствии с поручением Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации Т.А. Голиковой от 29 января 2019 N ТГ-П12-7пр до 1 апреля 2019 г. федеральным учреждениям медико-социальной экспертизы поручено



провести контрольные мероприятия по проверке деятельности ПНИ, а также соблюдения ими прав граждан при оказании социальных услуг.

В ходе данных проверок специалистам главных бюро медико-социальной экспертизы было необходимо:

1. Выявить лиц, проживающих в ПНИ, не имеющих инвалидности и (или) не имеющих индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (далее – ИПРА).

2. На основании имеющихся данных в ПНИ и федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы оценить качество и полноту:

– направлений на медико-социальную экспертизу, выдаваемых лицам, проживающим в интернатах, особо обратив внимание на случаи, когда данное направление оформляется органами социальной защиты;

– индивидуальных программ реабилитации или абилитации, включая исполнение данных программ органами и организациями независимо от их организационно-правовой формы, лиц, проживающих в ПНИ.

По результатам проверок требовалось представить предложения по организации работы главного бюро медико-социальной экспертизы по субъекту Российской Федерации в части:

– освидетельствования лиц, проживающих в ПНИ, с целью определения инвалидности, разработки и актуализации ИПРА инвалида;

– сбора и анализа информации о выполнении реабилитационных мероприятий по каждому ПНИ с доведением этой информации до руководителя ПНИ, органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сферах социальной защиты, здравоохранения, образования, физической культуры и спорта, культуры;

– совершенствования данной работы и целесообразности внесения изменений в действующие нормативные правовые акты.

Приказом по ФКУ «ГБ МСЭ по Ленинградской области» Минтруда России «О проведении проверки деятельности психоневрологических интернатов в 2019 году» были определены цели проверки, и утверждены рабочие группы специалистов. Контрольные мероприятия по проверке деятельности восьми ПНИ для граждан в возрасте старше 18 лет в Ленинградской области и соблюдения ими прав граждан при оказании им социальных услуг осуществлялись в период с 25 февраля по 18 марта 2019 г.

В результате проверок было установлено, что необходима актуализация 257 индивидуальных программ реабилитации (ИПР) и ИПРА инвалидов, проживавших в ПНИ Ленинградской области. Справки по результатам проверок с выводами и предложениями были направлены в территориальное подразделение Роструда в Ленинградской области, в ФГБУ «ФБ МСЭ» Минтруда России, а также в Комитет по социальной защите населения Ленинградской области.

На основании проверок деятельности ПНИ в первом полугодии 2019 г. Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации был составлен План устранения нарушений, выявленных контрольно-надзорными органами в ходе проверки деятельности психоневрологических интернатов субъектов Российской Федерации, утвержденный Заместителем Председателя Правительства Российской Федерации Т.А. Голиковой 17 октября 2019 № 9501п-П12 (далее – План). По отдельным мероприятиям Плана главные бюро медико-социальной экспертизы по субъектам Российской Федерации определены основными исполнителями или соисполнителями.

Кроме того, Минтруд России утвердил Дорожную карту реализации ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России и главными бюро медико-социальной экспертизы по субъектам Российской Федерации мероприятий Плана устранения нарушений, выявленных контрольно-надзорными органами в ходе проверки деятельности психоневрологических интернатов субъектов Российской Федерации (далее – Дорожная карта).

На территории Ленинградской области расположены восемь ПНИ для граждан старше 18 лет, в которых предоставляются социальные услуги в стационарной форме с постоянным проживанием в соответствии с действующим законодательством [4;7;8]. В период с 2019 г. по 1 ноября 2022 г. в ПНИ проживало от 2631 до 2750 человек. Среди лиц, проживающих в интернатах, преобладают мужчины – 55,6 %, женщины составляют 44,4 %. Практически все граждане имеют группу инвалидности без указания срока очередного освидетельствования. Инвалиды I группы составляют 28,8 % от числа проживающих в ПНИ, инвалиды II группы – 70,3 % и инвалиды III группы – 0,9 %. Все инвалиды имеют ИПР/ИПРА инвалида без срока действия.

В течение трех лет в ПНИ по направлению органов социальной защиты поступили для проживания 16 человек, не имеющих инвалидности. Все они своевременно были направлены на медико-социальную экспертизу (далее – МСЭ), по результатам которой им была установлена соответствующая группа инвалидности и разработана ИПРА инвалида.

Для исполнения мероприятий Дорожной карты в учреждении ежегодно издается приказ «О проведении контрольных мероприятий по проверке деятельности психоневрологических интернатов», которым утверждается план-график проверок, состав рабочих групп и определяются периоды проверок ПНИ Ленинградской области. План-график и состав рабочих групп по проверкам ПНИ Ленинградской области направляется в Комитет по социальной защите населения Ленинградской области (далее – Комитет) для назначения ответственных лиц, которые примут участие в проверках ПНИ от Комитета.

В соответствии с планом-графиком проверок ПНИ Ленинградской области за период с 2019 г. по 1 ноября 2022 г. проведены 32 проверки деятельности ПНИ в части социального обслуживания граждан, охраны их здоровья, образования, трудоустройства. В ходе данных проверок уточнялось количество проживающих в ПНИ граждан и число инвалидов из них, наличие ИПР/ИПРА у инвалидов; оценивалась полнота рекомендованных мероприятий; определялись нуждаемость в технических средствах реабилитации (далее – ТСР) и обеспеченность ими нуждающихся граждан.

Специалистам ПНИ оказана методическая и консультативная помощь в оформлении документов, необходимых для направления гражданина на МСЭ для установления группы инвалидности; в разработке ИПРА инвалида; по ведению документации по учету ИПРА инвалидов, поступивших ТСР; в получение дубликатов справок об инвалидности.

С Комитетом организовано информационное взаимодействие по порядку подготовки документов, необходимых для направления на МСЭ граждан, проживающих в ПНИ, а также по плану проверок ПНИ, предоставлению сведений о реализации рекомендаций ИПРА инвалида.

За период с 2020 г. по 1 ноября 2022 г. проведена актуализация 1276 ИПР и 736 ИПРА инвалидов. Также разработаны новые ИПРА инвалида с заключением о нуждаемости: в мероприятиях по медицинской реабилитации для 2012 человек; в социальной реабилитации для 2012 человек; в профессиональной реабилитации для 235 человек. Кроме того, уточнены рекомендации по ТСР в 506 ИПРА, а именно определено, что 44 человека нуждаются в кресле-коляске, 14 человек – в кресле-стуле с санитарным оснащением, 33 человека – ходунках, 33 человека – в противопролежневом матрасе, 55 человек – в трости опорной, 219 человек – в подгузниках и 38 человек – в ортопедической обуви.

Среди граждан, которым была проведена актуализация ранее разработанной ИПР/ИПРА, инвалиды I группы составили 31,6 %, инвалиды II группы – 68 % и инвалиды III группы – 0,4 %.

По состоянию на 1 января 2022 г. в восьми ПНИ Ленинградской области проживало 2631 гражданин, из них: 2626 человек с инвалидностью и 5 человек без неё. В течение первого полугодия 2022 г. граждане без инвалидности были направлены на МСЭ с последующим установлением группы инвалидности и разработкой ИПРА инвалида.

Всего за период с 2020 г. по 1 ноября 2022 г. в учреждение медико-социальной экспертизы Ленинградской области поступило 2028 направлений на МСЭ граждан, проживающих в ПНИ, из них 612 направлений на МСЭ выданы медицинскими организациями Ленинградской области с целью разработки ИПРА инвалида.

Особое внимание при работе с ПНИ уделяется качеству оформления поступающих в бюро направлений на МСЭ граждан, проживающих в ПНИ, и отслеживанию обратной связи с медицинскими учреждениями, в случае выявления неполного объема необходимых медицинских обследований или нарушений качества заполнения направительных документов [1;2], и своевременному информированию Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) о таких выявленных нарушениях. В медицинской организации, оформившей форму 088/у, специалисты бюро уточняли причины отсутствия необходимых обследований, заключений специалистов, а также возможность оперативного проведения обследования таких граждан, учитывая их социальный статус, состояние здоровья. Все возникающие вопросы по формам 088/у на граждан, проживающих в ПНИ, рассматривались в оперативном порядке.

На этапе разработки в бюро ИПРА инвалидам, проживающим в ПНИ, специалистами экспертных составов главного бюро оказывается консультативная помощь специалистам бюро, проводится мониторинг полноты внесенных рекомендаций в ИПРА инвалида. На постоянной основе осуществляется мониторинг соответствия назначаемых ТСР степени выраженности нарушенных функций организма по основному и сопутствующим заболеваниям, в соответствии с приказом Минтруда России от 5 марта 2021 N 106н [3].

В части реализации рекомендованных в ИПРА инвалида мероприятий, в соответствии с приказом Минтруда России от 15 октября 2015 N 723н [5], в федеральное учреждение медико-социальной экспертизы ежегодно в срок до 1 марта года, следующего за отчетным годом, Комитет направляет заключения об исполнении ИПР/ИПРА инвалидов, проживающих в ПНИ. Вся представленная информация по мере поступления заносится в раздел «Исполнение ИПРА» Федеральной государственной информационно-аналитической системы «Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы» (ФГИС ЕАВИИАС МСЭ).

Активно проводится подготовка к самостоятельной жизни и социальной адаптации граждан с ограниченными возможностями здоровья, проживающих в ПНИ. В двух ПНИ в 2021 г. созданы и функционируют учебно-тренировочные квартиры «Жилой модуль». В настоящее время в учебно-тренировочных квартирах проживает 9 человек. Осуществляется накопление информационного материала для последующей оценки эффективности проведенной работы по сопровождаемому проживанию (количество выпускников, качество их жизни вне учреждения).

*Заключение.* Контрольно-надзорные мероприятия в стационарных учреждениях социального обслуживания Ленинградской области по защите прав инвалидов, осуществляемые ФКУ «ГБ МСЭ по Ленинградской области» Минтруда России за период с 2020 г. по настоящее время, подтвердили их актуальность и необходимость. Всем проживающим в ПНИ своевременно проводится диспансеризация, освидетельствование в федеральном учреждении медико-социальной экспертизы на предмет установления инвалидности, усиления группы инвалидности. За указанный период всем инвалидам разработаны ИПРА инвалида, актуализированы старые ИПР/ИПРА (5-летней и более давности).

По результатам проведенной работы в адрес стационарных учреждений социального обслуживания Ленинградской области и Комитета сформулированы следующие предложения:

- организовать единый подход в делопроизводстве, позволяющий вести учет поступивших ИПРА инвалида, своевременно направлять заявления на предоставление ТСР и контролировать сроки эксплуатации ТСР, рекомендованных в ИПРА инвалида;
- отрегулировать предоставление сводной информации об исполнении мероприятий, предусмотренных ИПРА инвалида, проживающих в ПНИ, в федеральные учреждения медико-социальной экспертизы
- во всех ПНИ наладить взаимодействие с медицинскими организациями по вопросу своевременного оформления направлений на МСЭ граждан, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания, в соответствии с новыми Правилами признания

лица инвалидом, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 5 апреля 2022 N 588 «О признании лица инвалидом»;

– более активно продолжить работу администрации ПНИ со службой занятости для содействия в трудоустройстве инвалидов на показанные им работы как на базе ПНИ, так и на других предприятиях.

### Библиографический список

1. Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы : Приказ от 31 января 2019 Минтруда России N 52н, Минздрава России N 35н. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 21.11.2022). – Текст : электронный.

2. Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы : Приказ от 10 июня 2021 Минтруда России N 402н, Минздрава России N 631н. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 21.11.2022). – Текст : электронный.

3. Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации : Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 5 марта 2021 N 106н. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 21.11.2022). – Текст : электронный.

4. Об утверждении порядков предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Ленинградской области: Постановление Правительства Ленинградской области от 22.12.2017 N 606 (ред. от 17.01.2022). – URL: СПС КонсультантПлюс. (дата обращения: 25.11.2022). – Текст : электронный.

5. Об утверждении формы и Порядка предоставления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и организациями независимо от их организационно-правовых форм информации об исполнении возложенных на них индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида и индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида мероприятий в федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы : Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 15 октября 2015 N 723н. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 21.11.2022). – Текст : электронный.

6. О внесении изменений в Правила организации деятельности организаций социального обслуживания, их структурных подразделений, утвержденные приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 24 ноября 2014 N 940н : Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30 марта 2020 N 157н. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 21.11.2022). – Текст : электронный.

7. О социальном обслуживании граждан в Ленинградской области : Закон Ленинградской области от 30 октября 2014 N 72-ОЗ (ред. от 09.06.2022 г.). – URL: СПС КонсультантПлюс. (дата обращения: 25.11.2022). – Текст : электронный.

8. **Российская Федерация. Законы.** Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 28 декабря 2013 N 442-ФЗ. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 21.11.2022). – Текст : электронный.

9. Сопровождаемое проживание – инновационный опыт Санкт-Петербурга и его использование : методические рекомендации / Л.А. Кожушко, О.Н. Владимирова, Н.П. Лемке [и др.]. – СПб. : ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта, 2020. – 84 с. – URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/25/101> (дата обращения: 21.11.2022). – Текст : электронный.

**Информация об авторах:** А.Г. Рябоконт – канд.мед.наук, С.А. Пономарев, О.Е. Доронина, Т.С. Кулинич, [lomse@mail.ru](mailto:lomse@mail.ru)

**Information about the authors:** A.G.Riabokon – Candidate of Medical Sciences, S.A.Ponomarev, O.E.Doronina, T.S.Kulinich, [lomse@mail.ru](mailto:lomse@mail.ru)

## **Раздел II. Комплексная реабилитация и абилитация инвалидов: теория и практика**

### **Идентичность инвалида в условиях неопределенности на этапе реабилитации**

**С.Л. Соловьева, С.В. Литвинцев**

Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, 194044, Россия

**Аннотация.** Статья посвящена анализу трансформаций идентичности в условиях неопределенности, факторов формирования разнообразных нервно-психических расстройств у инвалидов, пребывающих в условиях депривации, в других трудных жизненных обстоятельствах с дефицитом информации, лишаящих инвалида возможности свободного выбора. Показаны как негативные, разрушительные для целостной идентичности последствия неопределенности, так и позитивные, в виде возможности личностного развития и роста на основе надситуативной активности и постановке сверхзадач, что используется при разработке реабилитационных программ.

**Ключевые слова:** инвалид, неопределенность, идентичность, психические нарушения, реабилитация.

### **The identity of a disabled person in conditions of uncertainty at the stage of rehabilitation**

**S.L. Solovieva, S.V. Litvintsev**

The Federal State Budgetary Institution “Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical Experts” of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation, St. Petersburg, 194044, Russia

**Abstract.** The paper considers identity transformations in terms of uncertainty, as well as the factors that cause various neuropsychiatric disorders in persons with disabilities. Such people live in deprivation and other difficult life circumstances and face a lack of information that deprive them of free will. The author refers to both the negative consequences of uncertainty, destructive for the holistic identity, and the positive ones that include the possibility of personal development and growth based on transsituational activism and super tasks that are set under the development of rehabilitation program.

**Key words:** person with disability, uncertainty, identity, psychiatric disorders, rehabilitation.

Система комплексных лечебных мероприятий завершается этапом реабилитации, основная задача которого – восстановление личностного и социального функционирования инвалида. На этом этапе происходит реинтеграция пациента в систему утраченных социальных взаимоотношений, восстанавливаются семейные, дружеские, производственные, профессиональные отношения с людьми. Ключевой задачей психологической реабилитации инвалидов является формирование новой идентичности, позволяющей успешно реализовывать собственный жизненный сценарий, основанный на значимых ценностях и целях развития личности.

Идентичность в самом общем виде определяется как психологический механизм формирования чувства тождественности человека самому себе, ощущения целостности в изменяющихся социальных условиях [36]. Феномен идентичности возникает в рамках глобальной проблематики существования человека, который становится «вполне человеком», когда осознает свою идентичность. Способность сохранять ее рассматривается в качестве

необходимого условия успешной социальной адаптации, в особенности, адаптации инвалидов к своей жизненной ситуации. Каждый периодически оказывается перед проблемой: как включиться в новую социальную ситуацию и при этом не «потерять» себя, свою личностную целостность и стабильность. Идентичность обеспечивает возможность видеть свою жизнь в аспекте ее непрерывности, органично переплетая прошлое и будущее и включая их в переживания настоящего, адаптируясь к изменениям жизненной ситуации. На личностном уровне идентичность определяется через ощущение инвалидом собственной неповторимости, уникальности своего жизненного пути [20].

В социальной психологии идентичность конкретизируется в понятиях социальных ролей и ролевого репертуара личности. Под идентичностью Дж.Г. Мид понимал способность человека воспринимать своё поведение и жизнь как связанное, единое целое и подчёркивал значение когнитивных процессов, особенно рефлексии, позволяющей субъекту в процессе взаимодействия превосходить установку партнёра и воспринимать себя с точки зрения партнёра, т.е. осуществлять «принятие роли другого». При этом внимание акцентировалось на выборе репертуаров идентичности и необходимости их подтверждения «другими» в процессах интеракции. Таким образом, идентичность рассматривается Дж. Мидом как феномен, формирующийся в ходе социального взаимодействия [26;27;28].

Так как идентичность рассматривается Дж.Г. Мидом как некая целостность, то, в соответствии с представлениями автора, инвалид стремится достичь переживания себя как единого целого в гармоничной связи с социумом. Если же возникает противоречивое влияние различных социальных групп, то реакцией будет появление соответственно различных идентичностей, что может повлиять на противоречивость поведения и прогнозирования. Инвалид вступает в многочисленные социальные связи и исполняет большое количество социальных ролей, которые отражаются в поведении, проявлении эмоций и, соответственно, по-разному влияют на социальное взаимодействие. Социальные роли, включая в себя данные от рождения идентичности, постепенно конструируются в структуру идентичности, которая представляет собой иерархическую последовательность различных интериоризированных ролей, исполняемых инвалидом на протяжении своего жизненного пути.

Идентичность проявляется в чувстве психической адекватности и владении личностью собственным «я» независимо от ситуации; в способности личности к эффективному решению задач, возникающих на каждом этапе ее развития. Основная функция идентичности состоит в обеспечении приспособления к новым социальным условиям, в частности, к условиям инвалидности, сохранении определенности и целостности [7;8]. Сохранение идентичности предполагает способность к сохранению контакта с меняющейся социальной реальностью, чувствительность к социально-экономическим, политическим процессам, открытость новому социальному опыту при относительной непроницаемости собственных личностных границ. В те или иные периоды жизни инвалида частичная идентификация со «значимыми другими» необходима для успешной интеграции в социальные процессы, но растворение собственной личности в этих других разрушает идентичность, формируя предпосылки для психических нарушений.

Вопрос о том, существует ли в ролевом репертуаре человека роль собственно идентичности, характеризующая стиль его взаимодействия с самим собой, не ставится, но существует представление о том, что люди адаптируются не только к окружающей социальной среде, но и к собственной психологической природе, которая также выступает объектом познания и контроля [30]. Так, отмечается, что инвалид как активный субъект жизнедеятельности осваивает и структурирует не только окружающий его мир, но и особый, свой внутренний мир, выражая его через образ жизненного мира [15;19;23;].

Выстраивая прогноз на перспективы развивающейся личности, авторы все чаще называют растущую и расширяющуюся неопределенность, затрагивающую все аспекты сегодняшней жизни «изменяющейся личности в изменяющемся мире» [5;6;24]. Место ближайшего окружения в формировании идентичности инвалида все больше занимает глобальная

информационная среда, которая строится по мозаичному принципу, вследствие чего результат ее влияния на человека непредсказуем.

Между тем ситуация неопределенности с дефицитом информации, утратой контроля и непрогнозируемым исходом как наиболее психологически сложная ситуация, в соответствии с представлениями современных авторов, может выступать в качестве угрозы взаимоотношениям инвалида с собственной психической реальностью. Британский ученый Э. Гидденс отмечает: в условиях неопределенности жизненный мир фрагментируется, что порождает принципиально новый способ конструирования идентичности, призванный выполнить функцию интеграции [12]. Особую опасность для формирования идентичности представляет высокая степень насыщенности информационной среды сведениями о рисках и угрозах, что создает эффект погруженности инвалида в среду риска [13]. Осуществляя каждодневный выбор между полюсами социального риска, современный человек конструирует проект собственной идентичности и воплощает его в социальных практиках обыденной жизни [16].

В обычных условиях жизни инвалид последовательно функционирует в разных социальных ролях, переживая чувство удовлетворения от достижения предписываемых исполняемой ролью результатов. «Достижение субъективного чувства единства и самотождественности, – пишет Е.Т. Соколова, – пролагает себе путь «сквозь» многообразие социальных ситуаций и исполняемых «ролей», становится достаточно устойчивым и прочным, «собирающим» Я и удерживающим его от распада и «рассеяния» [31]. В процессе социализации инвалид, испытывая воздействие разных социальных групп, подвергаясь воздействию разных референтных лиц, усваивает определенные социальные нормы, предписания, ограничения, в соответствии с которыми выстраивает индивидуальный жизненный сценарий. В условиях неопределенности происходят существенные трансформации внутренней психической реальности: утрачивается базовое доверие к людям и к социальным структурам, теряется иллюзия надежности и стабильности мира как договороспособного партнера, с которым возможно заключение долгосрочных контрактов. У инвалида нарастает чувство беспомощности и незащищенности [32].

Возможности полноценной самореализации в рамках привычного ролевого репертуара при разрушении привычного порядка вещей с нарастанием неопределенности снижаются; сохраняется возможность функционировать лишь в ограниченном количестве социальных ролей, что не приносит полноценного удовлетворения и удовольствия. В условиях хаоса, при наличии несогласованных, недостаточных или непонятных регулирующих и контролирующих внешних воздействиях, социальные нормы размываются или вообще утрачиваются, перестают регулировать индивидуальное поведение. Характеризуя последствия неопределенности в современных социальных отношениях в целом, Е.П. Белинская пишет: «Ощущение нарастающего административного произвола, пренебрежения к общечеловеческим ценностям, невозможности влияния на принятие репрессивных по своему реальному содержанию законодательных актов при всей их определенности не снимает, а лишь усиливает субъективное переживание актуальной социальной ситуации как неподконтрольной субъекту, а потому – неопределенной» [7]. Ощущение потери инвалидом своей субъектности, отмечает автор, сопровождается актуализацией личностного выбора – не столько для активного социального действия, сколько для формирования новых представлений о себе и мире. Личность обращается к собственной субъективной внутрисубъективной реальности. Увеличение количества неопределенных социальных ситуаций оценивается в качестве основополагающей особенности эпохи постмодернизма – фактическое отсутствие ориентации на фиксированные ролевые модели, абсолютизация свободы выбора [8], – условия, при которых наибольшей мотивирующей поведением инвалида силой обладают специфические характеристики его собственной субъективной психической реальности.

При невозможности функционировать в рамках сложившегося в процессе жизни ролевого репертуара инвалид сталкивается с самим собой, с собственной психологической природой; в условиях хаоса актуализируется роль собственно идентичности, обнаруживая

меру своей собственной целостности, зрелости, интегрированности. Неспособность справляться с неопределенностью провоцирует психические нарушения, обнаруживая недостаточную зрелость собственно идентичности.

Ярким примером воздействия неопределенности на идентичность могут служить наблюдения, представленные в работах О.Н. Кузнецова, В.И. Лебедева, а также А.А. Леонова, В.И. Лебедева, где приводятся данные об изменениях психической деятельности человека в условиях полной или частичной сенсорной депривации: наряду с явлениями деперсонализации и дереализации, в условиях автономного плавания или межпланетного полета, отмечаются характерные нарушения самосознания, более или менее выраженная утрата «Я», нарушения психической регуляции поведения, а также крайний вариант диссоциации в виде «синдрома раздвоения личности». Как отмечают авторы, не имея возможности в условиях сенсорной депривации находить отражение, подтверждение в глазах окружающих собственной личности, человек теряет контакт с самим собой, утрачивая свое «Я», свою идентичность. Нарушения идентичности проявляются в диссоциативных симптомах. «Когда в условиях изоляции привычные формы общения исключаются, человек вынужден вырабатывать новые социально-психологические механизмы регулирования своего поведения» [22]. Потеря идентичности влечет за собой как эмоциональные нарушения (прежде всего, депрессии), так и нарушения поведения, в частности, в виде гетеро- и ауто-агрессии.

Психические нарушения, отмечают авторы, наблюдались и в условиях длительного автономного плавания, во время экспедиции в Антарктику, в труднодоступные районы земного шара; при этом «с увеличением длительности воздействия депривации необычные психические состояния перерастают в реактивные психозы, галлюциноиды и другие формы психических заболеваний» [21]. Социальная изоляция инвалидов, по данным современных авторов, является фактором риска смерти, нарушений сна, переживания одиночества, эмоциональных нарушений, депрессивных расстройств и сниженного чувства благополучия, что находит, в частности, свое подтверждение и в условиях текущей пандемии COVID-19 [3;9;10;17].

Таким образом, в ситуации неопределенности инвалид начинает опираться на субъективные личностные диспозиции [7]. При этом нарастает значимость неразрешенных внутриличностных проблем, непережитых психических травм, неинтегрированного жизненного опыта. Инвалид сталкивается с собственной травмированной прошлым опытом психической природой, испытывая чувство растерянности, беспокойства и тревоги. Выявляются глубинные личностные установки инфантильного характера, или дезадаптивные схемы, которые, по Янгу, являются ответом на фрустрированные психологические потребности и включают негативные паттерны убеждений, эмоций, телесных ощущений [37]. В субъективной психической реальности оживают некритично усвоенные когда-то фрагменты родительских сценариев, референтных лиц, значимых других, которые не в полной мере согласуются друг с другом, повышая психологическое напряжение и провоцируя непоследовательные спонтанные реакции и разнонаправленные импульсивные действия. Снижается фон настроения, к тревоге присоединяется ощущение беспомощности и раздражение, которое толкает на поиск виноватых и расправу с ними. Возникает ситуация повышенной готовности к агрессии. Увеличивается риск формирования крайних форм поведения в виде религиозного фанатизма, экстремизма, тенденционности и паранойи.

Переживание интенсивных негативных эмоций в связи с недостаточной защищенностью от собственной травмированной психологической природы инвалида сопровождается у него реакциями по типу «отрицания» и «ухода», отстраненности и дистанцированности, ростом эмоционального напряжения с немотивированной тревогой, нарушениями сна, раздражительностью, эпизодическими реакциями враждебности, алкоголизацией и депрессивными реакциями. Немотивированная импульсивная агрессия обращается против близких, разрушая внутрисемейные отношения; отмечается рост бытового насилия.

Отмечается также склонность регулировать свое психическое состояние приемом алкоголя и психотропных препаратов. Инвалид из относительно самостоятельного субъекта



превращается в инструмент реализации интересов других людей или становится «декорацией», на фоне которой происходят события жизни окружающих. Поведение, направленное на достижение собственных целей личности инвалида, становится проблематичным, лишая его чувства идентичности.

Таким образом, сохранение психологической стабильности и комфорта «Я» инвалида предполагает постоянную, длящуюся в течение всей жизни, работу по компенсации дефицитов и нивелированию травм, искажающих картину мира; психическая активность при этом адресуется собственному психологическому миру, который становится «подвержен многообразным «искажениям со стороны прошлого, настоящего и будущего, несет отпечаток когнитивного и личностного «устройства» человека, является смесью факта и фикции, имеет порой длинную временную историю напластования различных эмоциональных переживаний, бессознательных подтасовок, рефлексивных переосмыслений» [4;31].

В ряде случаев внутренние противоречия инвалида не в полной мере осознаются, перерабатываются и интегрируются личностью, формируя в результате недифференцированную психическую структуру («размытую идентичность»), продуцирующую непоследовательные формы поведения, которые не позволяют целенаправленно и последовательно реализовывать собственный жизненный сценарий. Внутренне противоречивая психическая структура выступает в качестве психотравмирующего фактора, провоцирующего возникновение психических нарушений.

С точки зрения социальной адаптации, какова бы ни была картина мира и инвалида в нем, с него не снимается ответственность за его собственную жизнь, за те каждодневные решения, которые он принимает. Потребность в психологическом вмешательстве в условиях неопределенности определяется прежде всего утратой базовой иллюзии надежности и стабильности мира, что провоцирует растерянность, беспомощность и страх; ожидаемые трудности бессознательно формируют негативную жизненную перспективу. Соответствующие ожидания установки определяют поведение, провоцирующее прогнозируемые события («феномен самореализующегося пророчества»), собственные эмоции воспринимаются инвалидом как проявления болезни или дефекта, что провоцирует уход в себя. Страх, интерпретируемый как сигнал личностной несостоятельности, парализует навыки взаимодействия с реальностью.

Психологическая помощь в формировании новой идентичности инвалида в изменяющихся условиях предполагает создание новых технологий, включающих понятия смысла, надситуативной активности и сверхзадачи [8]. Эти технологии опираются на параметры личности, которые обозначаются как личностная зрелость, интегрированность, принятие риска и толерантность к неопределенности [29]. Толерантность к неопределенности как ключевая интегральная характеристика адаптированной личности стала означать готовность инвалида принимать решения в условиях неопределенности, противоречивости, новизны ситуации, неполноты информации, неизвестности последствий выбора.

В дальнейших исследованиях было показано, что на сохранение активности в неопределенной ситуации влияет целый ряд факторов: «иммунизирует» к неудачам (и, следовательно, позволяет сохранять активность в неопределенности) не столько опыт предыдущего успеха, сколько опыт предыдущего преодоления трудностей; наличие высокой самооценки, задавая в целом ориентацию на задачу, а не на возможности самоутверждения, чаще заставляет воспринимать такую ситуацию как игру и провоцирует на активность; определенную роль играет и характер социальной идентичности личности инвалида – возможность самоотжествления себя в изменившейся ситуации с прошлыми социальными достижениями «тормозит» отказ от активности в наступившей неопределенности [7].

Конструктивное решение обнаруживается через создание личностью субъективной внутренней структуры и принятие ответственности за основания своего поведения, самостоятельную выработку субъективных критериев в отсутствие каких-либо объективных внешних оснований для этого [33]. Это экзистенциальный путь развития личности инвалида, который представляется безальтернативным.

Каждый инвалид, следуя этому пути, создает себе такую субъективную реальность, которая обеспечивает ему психологический комфорт и возможность продуктивно сотрудничать с объективной реальностью. Проникновение в мир собственных психических явлений позволяет субъекту посредством психотерапевтического «контейнирования» событий, их вербализации с помощью слов добиться «объединения и достижения единства эмоционального отношения и ментальной интеграции, «собирая себя» в единую, осмысленную и целостную самоидентичность...» [31]. При этом, как пишет А.Ш. Тхостов, – «объективная верность мифа, лежащего в основе, не имеет принципиального значения» [34]. *Потребность людей в определенности картины мира, замечает Д.А. Леонтьев, сильнее, чем потребность в истинности этой картины или хотя бы в ее правдоподобии* [24]. Последующая концептуализация неопределенности позволяет инвалиду принять ее как часть собственного жизненного опыта, интегрировать в собственную психическую реальность.

Что касается *эмоций в ситуации неопределенности*, то отмечается, что квалификация ситуации как неопределенной может вызывать два основных вида эмоциональных переживаний: во-первых, интерес и любопытство, а во-вторых – страх и тревогу. При этом основное внимание исследователей, как правило, сосредоточено на втором, негативном, полюсе эмоциональных переживаний, которые нередко рассматриваются как обладающие собственной мотивирующей силой [2]. Однако очевидно, что и противоположный, позитивный, полюс чувств в ситуации неопределенности имеет право на существование. С этой точки зрения интересны данные исследований, фиксирующих внимание на специфике эмоциональных реакций на неопределенность у людей, успешно с ней справляющихся. Так, в частности, отмечается, что существенным условием реакций на неопределенность является своеобразное «смещение» эмоционального компонента: при условии высокой стабильности самооценки и определенной когнитивной редукции неопределенности интеллектуальная задача воспринимается как вызов, и ее решение становится предметом беспокойства в большей степени, нежели мысли о собственной успешности или неуспешности [2].

Ряд исследований демонстрируют наличие взаимосвязей между способностью принимать решения, действовать и быть продуктивным в условиях неопределенности, с одной стороны, и, с другой стороны, между определенными параметрами психической организации человека [25]. Готовность действовать в ситуации неопределенности часто рассматривается сегодня в связи с таким когнитивным параметром, как «принятие риска» [18]. Психологическая готовность к постоянным социальным изменениям как непреходящим условиям существования связывается рядом современных социологов и социальных психологов со способностью к построению рефлексивного проекта собственного будущего [14] и даже – со способностью репрезентировать более широкий спектр «возможных будущих», чем те, которые могут быть реализованы [35].

Успешная адаптация инвалида к собственной внутренней субъективной реальности позволяет сохранить психическое здоровье перед лицом даже тяжелой психической травмы. «Если субъект достигает успехов во внутреннем приспособлении, он чувствует равновесие или спокойствие по отношению к субъективным стандартам независимо от объективных характеристик ситуации» [1].

Завершая приведенный анализ, можно сделать вполне обоснованный вывод о том, что *позитивное отношение к неопределенности возможно, и именно оно оказывается наиболее продуктивным для личностного развития и сопротивляемости стрессам инвалидов* [25;29]. Суть такого отношения в том, чтобы отказаться от иллюзии стабильности и однозначности картины мира и выработать более зрелую позицию принятия неопределенности, другой стороной которой выступает обнаружение новых возможностей. «Неопределенность является неотъемлемым условием свободной, продуктивной и счастливой жизни» [11].

### Библиографический список

1. Абабков, В.А. Персонализируемая психотерапия : руководство / В.А. Абабков. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 352 с. – Текст : непосредственный.
2. Алавидзе, Т.Л. Социальная психология в современном мире : учеб. пособие для вузов / Т.Л. Алавидзе, Г.М. Андреева, Е.В. Антонюк [и др.] ; под ред. Г.М. Андреевой, А.И. Донцова. – М. : Аспект Пресс, 2002. – 335 с. – Текст : непосредственный.
3. Алехин, А.Н. Пандемия : Клинико-психологический аспект / А.Н. Алехин, Е.А. Дубинина. – Текст : электронный // Артериальная гипертензия. – 2020. – N 3. – С. 312-316. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/pandemiya-kliniko-psihologicheskii-aspekt> (дата обращения: 22.11.2022).
4. Анцыферова, Л.И. Личность в трудных жизненных условиях : переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л.И. Анцыферова. – Текст : непосредственный // Психологический журнал. – 1994. – N 1. – С. 3-16.
5. Асмолов, А.Г. Психология современности : вызовы неопределенности, сложности и разнообразия / А.Г. Асмолов. – Текст : электронный // Психологические исследования. – 2015. – Т. 8, N 40. – URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 04.11.2022).
6. Асмолов, А.Г. Психология личности : принципы общепсихологического анализа / А.Г. Асмолов. – М. : Смысл, 2001. – 140 с. – Текст : непосредственный.
7. Белинская, Е.П. Неопределенность как категория современной социальной психологии личности / Е.П. Белинская. – Текст : электронный // Психологические исследования. – 2014. – Т. 7, N 36. – С. 3. – URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 04.11.2022).
8. Белорусова, Е.А. Ситуация неопределенности как источник развития личности / Е.А. Белорусова. – Текст : электронный // Молодой ученый. – 2018. – N 50. – С. 455-459. – URL <https://moluch.ru/archive/236/54669/> (дата обращения: 04.11.2022).
9. Бойко, О.М. Психологическое состояние людей в период пандемии COVID-19 и мишени психологической работы / О.М. Бойко, Т.И. Медведева, С.Н. Ениколопов, О.Ю. Воронцова, О.Ю. Казьмина. – Текст : электронный // Психологические исследования. – 2020. – Т. 13, N 70. – URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2020v13n70/1731-boyko70.html>
10. Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, Volume 395, Issue 10227, 912–920.
11. Вульф, К. Вместо предисловия: неопределенность как условие человеческой жизни / К. Вульф // К. Вульф, В. Савчук (ред.) Неопределенность как вызов. Медиа. Антропология. Эстетика. – СПб. : РХГА, 2013. – С. 5-6.
12. Giddens A. *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press, 1991. P. 114.
13. Giddens A. *Risk Society: The Context of British Politics. The Politics of Risk Society*, Cambridge: Polity Press, 1997. P. 23–34.
14. Гидденс, Э. Последствия модернити / Э. Гидденс // В. Иноземцев (ред.) Новая постиндустриальная волна на Западе. – М. : Academia, 1999. – С. 101-123.
15. Дубенцов, М.И. Категория неопределенности в психологической науке и профессиональном самоопределении личности / М.И. Дубенцов. – Текст : электронный // Современные научные исследования и инновации. – 2011. – N 6. – URL: <http://web.snauka.ru/issues/2011/10/3078> (дата обращения: 04.11.2022).
16. Добрина, О.А. Социальные риски современности и угрозы идентичности: системный анализ концепции Э. Гидденса / О.А. Добрина. – Текст : электронный // Системная психология и социология. – 2019. – N 1 (29). – С. 16-22. – URL: <http://systempsychology.ru/2019/05/21/o-a-dobrina-socialnye-riski-sovremennosti-i-ugrozy-identichnosti-sistemnyy-analiz-koncepcii-e-giddensa.html> (дата обращения: 22.11.2022).
17. Cao W., Fang Z., Hou G., Han M., Xu X., Dong J., Zheng J. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China // *Psychiatry Research*, 2020. V. 287:112934. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>

18. Корнилова Т.В. Психология неопределенности : Единство интеллектуально-личностного потенциала человека / Т.В. Корнилова, М.А. Чумакова, С.А. Корнилов, М.А. Новикова. – М. : Смысл, 2010. – 334 с. – Текст : непосредственный.
19. Ключко, В.Е. Становление многомерного мира человека как сущность онтогенеза / В.Е. Ключко // Сибирский психологический журнал. – 1998. – Вып. 8-9. – С. 7-15.
20. Костина, Л.А. Психологические аспекты идентичности медицинских работников в процессе профессиогенеза (на модели студентов-медиков и врачей-терапевтов) / Л.А. Костина, Е.Ю. Косарева. – Астрахань : Изд-во Астраханской государственной медицинской академии, 2016. – 283 с. – Текст : непосредственный.
21. Кузнецов, О.Н. Психология и психопатология одиночества / О.Н. Кузнецов, В.И. Лебедев. – М. : Медицина, 1972. – 216 с. – Текст : непосредственный.
22. Леонов, А.А. Психологические проблемы межпланетного полета / А.А. Леонов, В.И. Лебедев. – М. : Наука, 1975. – 248 с. – Текст : непосредственный.
23. Леонтьев, Д.А. К типологии жизненных миров / Д.А. Леонтьев // 2 Всероссийская научно-практическая конференция по экзистенциальной психологии : Материалы сообщений / под ред. Д.А. Леонтьева. – М. : Смысл, 2004. – С. 114-116. – Текст : непосредственный.
24. Леонтьев, Д.А. Вызов неопределенности как центральная проблема психологии личности / Д.А. Леонтьев. – Текст : электронный // Психологические исследования. – 2015. – N 8(40). – URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 22.11.2022).
25. Maddi S.R. HARDINESS: AN OPERATIONALIZATION OF EXISTENTIAL COURAGE. // Journal of Humanistic Psychology. 2004. Т. 44. N 3. С. 279-298.
26. Mead G. H. The Social Self // Journal of Philosophy, Psychology and Scientific Method. 1913. V. 10. P.16.
27. Mead G. H. Genesis of Self and Social Control // International Journal of Ethics. 1925. V. 35.
28. Mead G. H. Mind, Self and Society. Chicago, 1963. -P.116. Портал психологических изданий PsyJournals.ru – [https://psyjournals.ru/social\\_psy/2011/n1/39645\\_full.shtml](https://psyjournals.ru/social_psy/2011/n1/39645_full.shtml) [Теория «Я» Дж.Г. Мида и психологическая антропология // Социальная психология и общество. – 2011. – Том 2, N 1].
29. Осипов, И.Д. Неопределенность как онтологическая проблема российской цивилизации / И.Д. Осипов // К. Вульф, В. Савчук (ред.) Неопределенность как вызов. Медиа. Антропология. Эстетика / колл. монография под ред. К. Вульфа и В. Савчука. – СПб. : РХГА, 2013. – С. 33-41. – URL: [https://www.elibrary.ru/download/elibrary\\_21298875\\_23029458.pdf](https://www.elibrary.ru/download/elibrary_21298875_23029458.pdf) (дата обращения: 22.11.2022). – Текст : электронный.
30. Посохова, С.Т. Личностные феномены адаптации / С.Т. Посохова // Здоровая личность / Под ред. Г. С. Никифорова – СПб. : Речь, 2013. – С. 276-295. – Текст : непосредственный.
31. Соколова, Е.Т. Клиническая психология утраты Я / Е.Т. Соколова. – М. : Смысл, 2015. – 895 с. – URL: [https://istina.msu.ru/media/publications/book/ecf/32e/8809143/Sokolova\\_2015\\_Klinich\\_psihologiya\\_utratyi\\_Ya.pdf](https://istina.msu.ru/media/publications/book/ecf/32e/8809143/Sokolova_2015_Klinich_psihologiya_utratyi_Ya.pdf) (дата обращения: 22.11.2022). – Текст : электронный.
32. Соловьева, С.Л. Основы психотерапии для «практически здоровых» / С.Л. Соловьева. – Текст : электронный // Медицинская психология в России. – 2016. – N 3(38). – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 04.11.2022).
33. Тульчинский, Г.Л. Постчеловеческая персонология. Новые перспективы свободы и рациональности / Г.Л. Тульчинский. – СПб. : Алетейя, 2002. – 214 с. – Текст : непосредственный.
34. Тхостов, А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. – М. : Смысл, 2002. – 287 с.
35. Харре, Р. Вторая когнитивная революция / Р. Харре // Психологический журнал. – 1996. – 17(2). – С. 3-15. – Текст : непосредственный.
36. Эрикссон, Э. Идентичность : юность и кризис / Э. Эрикссон / Пер. с англ. – М. : Прогресс, 1996. – С. 12. – Текст : непосредственный.
37. Young, Jeffrey E., Schema therapy: a practitioner's guide / Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko, Marjorie E. Weishaar. 2003. 28.

**Информация об авторах:** С.Л. Соловьева – д-р психол.наук, профессор, [S-Solovieva@ya.ru](mailto:S-Solovieva@ya.ru), С.В. Литвинцев – д-р мед.наук, профессор, [sergejlitvincev@yandex.ru](mailto:sergejlitvincev@yandex.ru)

**Information about the authors:** S.L. Solovieva – Professor, Doctor of Psychology, *S-Solovieva@ya.ru*,  
S.V. Litvintsev – Professor, Doctor of Medicine, *sergejlitvincev@yandex.ru*

## **Вопросы биопсихосоциального подхода к комплексной реабилитации инвалидов при ампутациях конечностей**

**В.С. Спиридонова**

Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации,  
г. Санкт-Петербург, 194044, Россия

**Аннотация.** В статье дано описание исследования по оценке совокупности клинико-функциональных нарушений организма и биопсихосоциального подхода функционирования инвалида при ампутации конечности, позволяющего улучшить последующую социальную реабилитацию и качество жизни инвалида.

**Ключевые слова:** медико-социальная экспертиза, реабилитация, ампутация, заболевания периферических сосудов.

## **Questions of a biopsychosocial approach to the comprehensive rehabilitation of disabled persons with limb amputations**

**Vera S. Spiridonova**

The Federal State Budgetary Institution «Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts» of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation,  
St. Petersburg, 194044, Russia

**Abstract.** The article describes a study to assess the totality of clinical and functional disorders of the body and a biopsychosocial approach to the functioning of a disabled person during limb amputation, which allows improving the subsequent social rehabilitation and quality of life of a disabled person.

**Key words:** medical and social expertise, rehabilitation, the amputations, peripheral vascular disease.

Медико-социальная экспертиза (далее – МСЭ) в современных условиях базируется на комплексной оценке совокупности клинико-функциональных нарушений организма и степени их выраженности, ограничений жизнедеятельности [1]. Критерии МСЭ и вопросы комплексной реабилитации у инвалидов с ампутационными культями остаются актуальной проблемой. 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, влияющие на жизнь человека [2]. В последние десятилетия в Российской Федерации происходят существенные преобразования в области социальной защиты инвалидов и обеспечения гарантий их прав на получение реабилитационных мероприятий соответствии с международными тенденциями.

**Цель работы:** оценка совокупности клинико-функциональных нарушений организма и биопсихосоциального подхода функционирования инвалида при ампутации конечности, позволяющего улучшить последующую социальную реабилитацию и качество жизни инвалида.

**Материалы и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ 65 историй болезней и опрошены пациенты с ампутационными культями конечности вследствие облитерирующего атеросклероза, лечившиеся в СПб ГБУЗ «Госпиталь Ветеранов Войн» за период с 2012 по 2020 гг. Для обобщенной оценки применялись опросники, каждый из которых измеряет отдельные сферы жизни или блоки вопросов по указанным сферам

жизнедеятельности, зависящие от особенностей ограничений пациентов с учетом концепции МКФ, ориентированной на остаточный потенциал здоровья.

*Результаты и обсуждение исследования.* На основании результатов клинического исследования, инструментальной диагностики и опросников определены состояние здоровья и проведена оценка функционирования у инвалидов с ампутационными культями вследствие облитерирующего атеросклероза.

Критериями количественной оценки степени выраженности стойких клиническо-функциональных нарушений организма при проведении МСЭ пациентов с ампутационными культями конечностей являются: нозологическая форма заболевания, определение уровня и распространенности поражения сосудов; степень артериальной недостаточности (степень ишемии) сохранившейся конечности; наличие пороков или болезней культи; характер и эффективность проведенного оперативного лечения, поражение коронарных и/или брахиоцефальных артерий; наличие сахарного диабета; осложнения болезни и лечения; возможность первичного протезирования [2]. Для оценки степени ограничений жизнедеятельности учитывается способность самостоятельного использования вспомогательных технических средств реабилитации (костыли, кресла-коляски) для ходьбы (мобильности), сроки освоения постоянного протеза; мотивация инвалида на обучение ходьбе.

Для оценки реабилитационных возможностей, касающихся восстановления конкретных видов жизнедеятельности было необходимо оценить функциональный статус больного (степень сохранности различных функций – физических, умственных, социальных и профессиональных), который был оценен с помощью шкалы FIM (Functional Independence Measure) [3] и показал полную зависимость от окружающих.

В дополнение к функциональной оценке был применен Опросник Функционального Состояния по Джетту [4], позволяющий оценить физическое, психологическое и социальное здоровье с позиций самого пациента. Получены ответы в баллах на 37 вопросов, сгруппированных в подшкалы: основная активность и промежуточная активность в повседневной жизни, психическое здоровье, работоспособность, социальная активность, качество общения.

Нарушение мобильности оказывало наибольшее влияние на физические функции, что проявлялось в значительном затруднении выполнения повседневной жизнедеятельности (уровень независимости в повседневной жизни низкий) и полной зависимости от окружающих при передвижении вне дома и др. Снижение мобильности вне дома связано с физически неполноценными приспособлениями, меньшей способностью передвижения по неровной местности, меньшей возможностью посторонней помощи и др.

Изучение переменных, влияющих на реинтеграцию в нормальную жизнь (возраст, семейное положение, состояние здоровья, уровень ампутации, технические средства реабилитации, участие в отдыхе, рабочая деятельность), показало наибольшую зависимость реинтеграции от протезирования и сопутствующих заболеваний.

При существующих методах реабилитации у больных обычно имеется приспособительное оборудование и дополнительная помощь в их собственном доме, что должно повышать их мобильность. В то же время, анализ причин отсутствия протезов у опрошенных больных показал малую возможность повышения двигательной активности методами медицинской реабилитации, они отказались от протезирования из-за общей немощности и их передвижение ограничено коляской в пределах дома.

Каждый второй больной отметил неудовлетворенность своей социальной ролью в семье, низкую социальную активность, дискомфорт во взаимоотношениях с окружающими вне зависимости от наличия или отсутствия протеза. Трудности в реабилитации после ампутаций и протезирования у многих больных отрицательно влияют на отдаленные результаты и качество их жизни.

Таким образом, тяжелые двигательные нарушения, возникающие после ампутации конечности с социальной изоляцией и сопутствующие им психо-эмоциональные расстройства являются основным препятствием реинтеграции инвалидов в нормальную жизнь.

**Вывод.** При комплексной реабилитации инвалидов с ампутациями вследствие сосудистой патологии нужно учитывать биопсихосоциальную модель функционирования. Для улучшения функционирования независимо от возраста необходимо более раннее начало комплекса реабилитационных мероприятий начиная силами мультидисциплинарных бригад, обязательно включающая врача-хирурга, травматолога-ортопеда, протезиста, психолога, эрготерапевта и физического реабилитолога). Поскольку ограничения жизнедеятельности у инвалидов с ампутациями конечностей в большинстве случаев формируют специфические 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.

Полученные ответы на вопросы примененных опросников позволяют выявить конкретную социальную проблему, что должно служить основанием для разработки соответствующих реабилитационных мероприятий с учетом биопсихосоциального статуса больного. При проведении социально-средовой реабилитации или абилитации учитываются факторы окружающей среды, социальное общение, отношение с родственниками, их отношение к инвалиду. Социально-психологическая реабилитация или абилитация предусматривает психологическую коррекцию и психотерапию для формирования мотиваций к восстановлению здоровья и повышения социальной активности. Социально-бытовая адаптация направлена на адаптацию жилого помещения под конкретные нужды инвалида, специальными средствами и приспособлениями.

#### **Библиографический список**

1. **Российская Федерация. Постановления.** О признании лица инвалидом (вместе с «Правилами признания лица инвалидом») : Постановление Правительства Российской Федерации от 5 апреля 2022 N 588. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 30.11.2022). – Текст : электронный.
2. Спиридонова, В.С. Биопсихосоциальная модель функционирования при ампутациях конечностей вследствие атеросклероза артерий нижних конечностей. – Текст : непосредственный. / В.С. Спиридонова, Р.Т.Скляренко, М.А.Омаров [и др.] // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – N 4. – С. 108-113.
3. Шкала функциональной независимости (Functional Independence Measure) (FIM). – URL: <http://www.cardioneurology.ru/fim/> (дата обращения: 25.11.2022). – Текст : электронный.
4. Jetts, A. Functional Disability Assessment / A.Jetts, P. Clearly // Physical Therapy. – 1987. – V. 67. – P. 1854-1859.

**Информация об авторах:** В.С. Спиридонова – канд.мед.наук, доцент, [verushas@rambler.ru](mailto:verushas@rambler.ru)

**Information about the authors:** Vera S. Spiridonova – Candidate of Medicine, Associate professor, [verushas@rambler.ru](mailto:verushas@rambler.ru)

#### **Подходы по проведению экспертно-реабилитационной диагностики при подготовке пациентов к протезированию нижних конечностей**

**Д.Д. Болотов, Т.А. Пирожкова, И.Н. Труфанов, Д.В. Ботвин, Е.Г. Шинкарева**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Москва, 127486, Россия

**Аннотация.** Для достижения максимального соответствия в системе «культя-протез-организм-функционирование» пациентам с ампутационными культями нижних конечностей необходимо проведение экспертно-реабилитационной диагностики, включающей

дополнительные исследования с последующим приведением полученных результатов к единому понятийному пространству по оценке выраженности нарушений функций и их компенсации. В зависимости от рассматриваемой составной части вышеуказанной системы, оценки функционирования всего организма, применение подходов, описанных в Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья с использованием универсального кодификатора, позволяет уточнить планирование реабилитационных мероприятий и перечень комплектующих узлов протеза.

У пациентов, направляемых на протезирование, для определения толерантности к физической нагрузке, показано проведение ручной велоэргометрии, что полностью согласуется с общим подходом к диагностике и дополнительно способствует дальнейшему уточнению тактики реабилитации.

**Ключевые слова:** отчленение нижних конечностей, протезирование, реабилитационная программа, оценка толерантности к физической нагрузке.

### **Approaches for conducting expert rehabilitation diagnostics in preparing patients for prosthetics of the lower extremities**

**Denis D. Bolotov, Tatiana A. Pirozhkova, Igor N. Trufanov, Dmitry V. Botvin,  
Ekaterina G. Shinkareva**

The Federal State Budgetary Institution «Federal Bureau of Medical and Social Expertise»  
of the Ministry of labour and social protection of the Russian Federation,  
Moscow, 127486, Russian Federation

**Abstract.** In order to achieve maximum compliance in the “stump-prosthesis-organism-functioning” system, patients with amputation stumps of the lower extremities need to conduct expert rehabilitation diagnostics, including additional studies with subsequent reduction of the results obtained to a single conceptual space to assess the severity of functional disorders and their compensation. Depending on the considered component of the above system, assessment of the functioning of the whole organism, the application of the approaches described in the International Classification of Functioning, Disabilities and Health using a universal codifier makes it possible to clarify the planning of rehabilitation measures and the list of component parts of the prosthesis.

In patients referred for prosthetics, to determine exercise tolerance, manual bicycle ergometry is indicated, which is fully consistent with the general approach to diagnosis and additionally contributes to further refinement of rehabilitation tactics.

**Key words:** amputation of lower limbs, prosthetics, rehabilitation program, assessment of exercise tolerance.

Эффективность применения заместительной реабилитационной стратегии при ампутационных дефектах нижних конечностей достигается при максимальной степени соответствия в системе «культя-протез-организм-функционирование». Исходя из вышеизложенного, наилучший реабилитационный эффект достигается при полноценной подготовке к протезированию, обеспечении пациента индивидуально подобранными техническими средствами реабилитации с максимально возможной эффективностью их применения в бытовом и профессиональном аспектах. Достижение данной цели обеспечивается применением реабилитационной технологии, первым этапом которой является экспертно-реабилитационная диагностика.

Проведение вышеуказанной диагностики, включающей клинично-функциональную, психологическую и социальную диагностику, позволяет сформулировать реабилитационный диагноз, реабилитационную цель, реабилитационную возможность, реабилитационные задачи и сформировать реабилитационную программу.

Основополагающим принципом современной экспертно-реабилитационной диагностики является определение степени нарушений функций и основных видов



жизнедеятельности с интерпретацией полученных данных в соответствии с положениями Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ), принятой Всемирной организацией здравоохранения в 2001 г. [7].

Оценка клинических проявлений нарушений функций опорно-двигательной системы включает определение их выраженности и характера, обусловленного имеющимися дефектами, деформациями и/или патологическими установками костно-суставной системы и мышечно-связочного аппарата. Важным аспектом в диагностическом исследовании статодинамической функции, помимо качественной оценки, является количественная фиксация и интерпретация как отдельных параметров, так и функции сегментов и опорно-двигательной системы в целом. Методы исследования функции позвоночника и конечностей позволяют дать объективные заключения при диагностике повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы, расширить диагностические возможности с углубленным изучением патологии и возможностью первичной интерпретации данных [1;8].

Осмотр пациента в положении «лежа», «сидя» и, по возможности, «стоя», при проведении тестов уже изначально позволяет сформировать первичный «портрет пациента» и дополнить основной перечень исследований необходимыми методами.

К основным методам оценки скелетно-мышечного определения функции подвижности и стабильности суставов относят: линейные и угловые измерения, исследования тонуса, силы мышц, суммарную оценку двигательных возможностей, включающие скорость и координацию движений. Антропометрические исследования (измерение линейных размеров длины и окружности сегментов) проводят по стандартной методике от опознавательных точек (по В.О. Марксу).

Измерение объема пассивных и активных движений в суставах позвоночника и конечностей позволяют выявить патологические установки, фиксированные деформации, контрактуры и нестабильность суставов; определять функциональное состояние основных групп мышц по пятибалльной системе Акатова (разгибателей, сгибателей, отводящих и приводящих), оценивать выполнение сложнокоординированных движений и наличие патологических установок позвоночника. Анализ вышеперечисленного необходим для оценки степени выраженности функциональных нарушений с последующей интерпретацией по критериям МКФ.

Следующим этапом экспертно-реабилитационной диагностики является определение толерантности к физической нагрузке. На переносимость нагрузок могут оказывать влияние следующие факторы: причина ампутации, степень физической активности до усечения конечности, возраст пациента, наличие сопутствующих заболеваний, избыточная масса тела и т.д. [2;4]. Как правило, после усечения конечности снижение двигательной активности самым негативным образом сказывается на функции абсолютно всех органов и систем организма. В зависимости от количества усеченных сегментов и уровня ампутации снижаются ударный и минутный объемы кровообращения, особенно во время физической нагрузки. Данные изменения происходят на фоне роста периферического сосудистого сопротивления и снижения сократительной способности миокарда [3], что определяет необходимость проведения углубленного обследования для определения не только степени функциональных нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы, но и выявления толерантности к физической нагрузке.

Потенциальная способность к передвижению у пациентов с ампутационными дефектами нижних конечностей определена как мобильность.

Согласно классификации INTERBOR, выделяют следующие группы в зависимости от степени мобильности пациентов:

0 группа – пациент не имеет возможности или потенциала стоять, переносить тело и не может ходить;

1 группа – пациент обладает способностью или потенциалом к пользованию протезом для переноса тела, обеспечения положения стояния и очень ограниченной ходьбы по горизонтальным поверхностям в постоянном ритме;

2 группа – пациент имеет ограниченную способность или потенциал к пользованию протезом для ходьбы с преодолением незначительных препятствий, таких как бордюры, лестницы или неровные поверхности;

3 группа – пациент имеет неограниченную способность или потенциал к пользованию протезом для ходьбы по пересеченной местности с преодолением большинства барьеров;

4 группа – пациент имеет неограниченную способность или потенциал к пользованию протезом для ходьбы, что превышает основные навыки ходьбы и сопровождается высокой нагрузкой на протез, напряжением или повышенным уровнем затрат энергии.

Подобный подход характеризует и классификационную систему активности MOBIS, предложенную фирмой «Отто-Бок». Она предполагает подбор комплектующих узлов протезов при планировании протезирования.

При первой степени активности пациент может передвигаться только в пределах помещения, обладая способностью или потенциальной возможностью использовать протез для медленного передвижения по ровной поверхности с дополнительной опорой. Расстояние и продолжительность передвижения по времени значительно ограничено состоянием пациента. Цель протезирования: восстановление самостоятельной способности передвигаться в пределах помещения для уменьшения зависимости от помощи постороннего лица в самообслуживании и бытовой жизни.

При второй степени активности инвалид обладает способностью или имеет потенциальную возможность передвигаться на протезе с невысокой скоростью, преодолевая невысокие препятствия, включающие бордюры, ступени или неровные поверхности, в том числе с дополнительной опорой. Расстояние и продолжительность передвижения по времени так же ограничены состоянием пациента. Цель протезирования: восстановление способности передвигаться внутри и вне помещения за счет опоры на протез.

При третьей степени активности пациент практически не имеет ограничений для передвижения во внешней среде за счет применения протеза, может выбирать скорость перемещения, в т.ч. в среднем, быстром или переменном темпе, преодолевать большинство препятствий, выполнять профессиональные обязанности. Цель протезирования: восстановление полной способности самостоятельного передвижения внутри и вне помещения.

При четвертой степени активности пациент обладает не только способностью или потенциальной возможностью без ограничений передвигаться на протезе во внешней среде с любой продолжительностью по расстоянию и времени, но и создавать перегрузки для протеза, возникающие при больших ударных нагрузках при занятиях спортом, сложных видах деятельности и т.д., что повышает требования к протезированию. Цель протезирования: восстановление неограниченных способностей передвигаться внутри и вне помещения, осуществлять физическую трудовую деятельность, заниматься спортом.

Нужно учитывать, что ходьба на протезе является значительной физической нагрузкой. Это связано с большей интенсивностью функционирования сохранившихся мышц, принимающих участие в акте ходьбы, и, как следствие, связано с дополнительными энергозатратами. Так, при ходьбе на протезе с односторонним усечением на уровне голени энергозатраты повышаются, в сравнении с обычной ходьбой, на 50 %, на уровне бедра – на 100 %, а при усечении на уровне обоих бедер – на 200 %, что требует повышенных резервных возможностей со стороны сердечно-сосудистой системы. Столь выраженная постоянная мышечная деятельность по управлению протезом может провоцировать ишемию культы, а так же контралатеральной конечности при наличии патологий, особенно при заболеваниях периферических сосудов, ишемической болезни сердца.

Во всех вышеуказанных группах отмечается «традиционное» снижение толерантности к физическим нагрузкам. До проведения протезирования использование таких тестов и

тестирующих устройств, как индекс Руффье, функциональной пробы по Квергу, теста на тредмиле, велоэргометрии, затруднительно, но при отсутствии противопоказаний могут быть проведены следующие функциональные пробы:

- передвижение на кресле-коляске, с определением длительности и темпа передвижения (после ампутации обеих нижних конечностей);
- ходьба при помощи костылей по ровной поверхности 50 м (выполняется после односторонних ампутаций в период подготовки к первичному протезированию для определения длительности и темпа ходьбы).

Более достоверным методом определения резервных возможностей организма является ручная велоэргометрия с учетом расчета пороговой мощности нагрузки и объема выполненной работы.

Перед исследованием, связанным с повышенными нагрузками на пациента, необходимо применить щадящие методики исследования. Для оценки сердечнососудистой системы используют ортостатическую или клиноростатическую пробы, реже индекс Кердо, пробу Вальсальвы, пробу Флака и др.; для оценки дыхательной системы – пробы Генчи и Штанге, индекс Скибинской.

При проведении ручной велоэргометрии результат может быть оценен как патологический, пороговый и физиологический по Л.Н. Казначееву [3].

При патологической реакции отмечается наступление приступа стенокардии вне зависимости от изменений ЭКГ, резкая одышка и общая слабость, бледность и цианоз кожных покровов, повышение систолического давления до 190 мм рт. ст. и выше и частоты сердечных сокращений (ЧСС) во время нагрузки в пределах 130-150 уд/мин и 105 и 90 уд/мин в восстановительном периоде на 1-й и 3-й минутах. На ЭКГ отмечали смещение книзу сегмента S-T на 1 мм по ишемическому типу или дугообразный подъем сегмента S-T на 1 мм и более вверх, реверсия или инверсия зубца T в двух и более отведениях, углубление зубца Q в QS, резкое падение вольтажа зубца R в одном из отведений, нарушение ритма и проводимости.

При пороговой реакции фиксируется умеренная одышка и общая слабость, боли в грудной клетке, которые нельзя расценивать как приступ стенокардии, с повышением систолического давления до 180-190 мм рт. ст. На ЭКГ отмечалось смещение сегмента S-T по ишемическому типу до 1 мм, реверсия или инверсия зубца T в одном и более отведениях, двухфазный зубец T с начальной отрицательной фазой в двух и более отведениях, появление единичных экстрасистол.

При физиологической реакции жалобы отсутствовали, отмечалось повышение систолического давления до 170 мм рт. ст. и ЧСС – до 100-110 уд/мин. На ЭКГ: смещение сегмента S-T типа «соединение» менее чем на 2 мм, незначительное увеличение или уменьшение зубцов T.

Следовательно, применение ручной велоэргометрии позволяет прогнозировать и обеспечивать контроль физической нагрузки, а так же аргументировано рекомендовать подбор протеза по шкалам мобильности пациента, которые согласуются с основными подходами, применяемыми в МКФ.

Основным оценочным инструментом экспертно-реабилитационной диагностики является не перечень различных по объему и точности обследований, а выявление функциональных возможностей пациента по его самообслуживанию, передвижению, различным видам деятельности и в целом по качеству жизни, механизмом определения которых являются шкалы, тесты и опросники, а их результаты уже подтверждаются и уточняются дополнительными методами обследования, в свою очередь, приведение к «единому знаменателю» осуществляется за счет применения универсального кодификатора МКФ, который и позволит определять результат отдельно взятого исследования (теста, пробы и т.д.) в общей структуре нарушений функций организма, дополняя и уточняя степень выраженности

и структуру изменений, что в значимой степени способствует формированию единого подхода при достижении гармонии в системе «культя-протез-организм-функционирование».

### Библиографический список

1. Гросс, Д. Физикальное исследование костно-мышечной системы : Иллюстрированное руководство / Д. Гросс ; пер. с англ. под ред. С.П. Миронова, Н.А. Еськина. – М. : Издательство Панфилова ; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. – 472 с. – Текст : непосредственный.
2. Иванова, Г.Е. Профессиональный стандарт «врач по физической и медицинской реабилитации» веление времени и ближайшее будущее / Г.Е. Иванова, А.А. Белкин, А.Ф. Беляев, Р.А. Бодрова [и др.]. – Текст : электронный // Вестник Ивановской медицинской академии. – N 2. – 2017. – С. 5-8. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/professionalnyy-standart-vrach-po-fizicheskoy-i-reabilitatsionnoy-meditsine-velenie-vremeni-i-blizhayshee-budushee> (дата обращения: 05.12.2022).
3. Казначеев, Л.Н. Ампутации нижних конечностей: еще одна угроза ишемической болезни сердца / Л.Н. Казначеев, В.Э. Кудряшов, А.М. Иванов. – М. : ООО Издательский центр «Федоров», 2000. – 76 с. – Текст : непосредственный.
4. Комплекс лечебных физических упражнений при ампутационных культях бедра и голени в послеоперационном периоде. – Текст : электронный. – URL: <https://ampgirl.su/2009/05/26/kompleks-lechebnykh-fizicheskikh-uprazhnenij-pri-amputacionnykh-kultyax-bedra-i-goleni-v-posleoperacionnom-periodе> (дата обращения 05.12.2022 г.).
5. Медико-социальная экспертиза – онкология, ортопедия / под ред. С.Н. Пузина, Д.И. Лавровой. – М. : ОАО «Издательство «Медицина», 2010. – 448 с. – Текст : непосредственный.
6. Медицинская реабилитация / под ред. А.В. Епифанова, Е.Е. Ачкасова, В.А. Епифанова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 672 с. – Текст : непосредственный.
7. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Текст : электронный. – URL: <http://www.who.int/classifications/icf/icfchecklist.pdf> (дата обращения: 05.12.2022).
8. Пирожкова, Т.А. Врачебно-трудовая экспертиза и трудоустройство инвалидов с кифосколиозом : пособие / Т.А. Пирожкова. – М. : Минсоцзащита РФ. – 1993. – 76 с. – Текст : непосредственный.

**Информация об авторах:** Д.Д. Болотов – канд. мед. наук, доцент, [bolotov\\_d@mail.ru](mailto:bolotov_d@mail.ru), Т.А. Пирожкова – докт. мед. наук, [t-pirozhkova@yandex.ru](mailto:t-pirozhkova@yandex.ru), И.Н. Труфанов – канд. мед. наук, [guzmolpnd@mail.ru](mailto:guzmolpnd@mail.ru), Д.В. Ботвин – [protez@inbox.ru](mailto:protez@inbox.ru), Е.Г. Шинкарева – [muvi.2015@yandex.ru](mailto:muvi.2015@yandex.ru)

**Information about the authors:** D.D. Bolotov – Candidate of Medicine, Associate Professor, [bolotov\\_d@mail.ru](mailto:bolotov_d@mail.ru), T.A. Pirozhkova – Doctor of Medical Sciences, [t-pirozhkova@yandex.ru](mailto:t-pirozhkova@yandex.ru), I.N. Trufanov – Candidate of Medicine, [guzmolpnd@mail.ru](mailto:guzmolpnd@mail.ru), D.V. Botvin – [protez@inbox.ru](mailto:protez@inbox.ru), E.G. Shinkareva – [muvi.2015@yandex.ru](mailto:muvi.2015@yandex.ru)

### Методы физической и аппаратной физиотерапии у больных после эндопротезирования тазобедренного сустава

Н.Г. Куликова<sup>1,2</sup>, А.Д. Фесюн<sup>1</sup>, А.С. Ткаченко<sup>2</sup>, А.А. Колодезникова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии Минздрава России, Москва, 121099, Россия

<sup>2</sup>Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов», г. Москва, 117198, Россия

**Аннотация.** Увеличение числа пациентов, нуждающихся в эндопротезировании, определяет высокую актуальность изысканий немедикаментозной реабилитации методами аппаратной физиотерапии, а высокая эффективность и безопасность методов физиотерапии в послеоперационном периоде формирует проблему разработки новых комплексных программ реабилитации пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава (ЭТС). Целью данного исследования является оценка эффективности физических упражнений, лазеро- и

электрофоретических технических возможностей аппаратной физиотерапии, направленных на формирование депо лекарственного препарата «Карипазим» по проекционным зонам оперированного тазобедренного сустава для симптоматического обезболивающего и противовоспалительного эффектов.

*Методы:* анализ материалов ретроспективного исследования, включающего 192 пациента после ЭТС. Пациенты первой группы сравнения (58 человек) получили курсовое лечение в виде индивидуально подобранных физических упражнений для ранней реабилитации после ЭТС и лазерофорез препарата «Карипазим» по проекционным зонам тазобедренного сустава от аппарата «Матрикс» (Россия). Пациенты второй группы сравнения (60 человек) получили курсовое лечение в виде физических упражнений после ЭТС и электрофорез препарата «Карипазим» по проекционным зонам тазобедренного сустава от аппарата «Амплипульс-5» (Россия). Пациенты из основной группы (59 человек) прошли комплексное лечение в виде физических упражнений для ранней реабилитации после ЭТС, электрофорез препарата «Карипазим» и низкоинтенсивное инфракрасное импульсное лазерное излучение (НИЛИ) по проекционным зонам тазобедренного сустава.

*Результаты:* средний возраст составил  $46,8 \pm 4,7$  года, из них 65,9 % – женщины. Средний балл VAS до лечения составил  $6,8 \pm 1,6$  (диапазон от 3 до 12),  $1,3 \pm 1,4$  – через 3 месяца и  $1,9 \pm 1,5$  – через 12 месяцев ( $p < 0,01$ , для всех). Наиболее значимая коррекция VAS отмечена в группе, получивших комплексное лечение и физические упражнения. После курсового воздействия отмечали повышение эффективности, нарастающее к концу 12 месяца ( $p < 0,001$ ) с относительно низкими эффектами к 3 месяцу ( $p > 0,05$ ). Наиболее выраженное обезболивающее улучшение наблюдали у пациентов ЭТС на фоне НИЛИ и ЛФК. После комплексного воздействия отмечали более быстрые обезболивающие, противовоспалительные и двигательные результаты.

*Выводы:* исследование демонстрирует, что комплексное электрофотофоретическое применение препарата «Карипазим» и физических упражнений оказывают высокоэффективное воздействие на пациентов ТЭТС, как для уменьшения болевого синдрома, так и для улучшения функциональных исходов пациентов.

**Ключевые слова:** тазобедренный сустав, боль, лазерная терапия, электроимпульсная терапия, физические упражнения, ЭТС.

### Methods of physical and hardware physiotherapy in patients after endoprosesation of the hip

N.G. Kulikova<sup>1,2</sup>, A.D. Fesyun<sup>1</sup>, A.S. Tkachenko<sup>2</sup>, A.A. Kolodeznikova<sup>2</sup>

<sup>1</sup> National Medical Research Center for Rehabilitation and Balneology of the Ministry of Health of Russia, Moscow, 121099, Russia

<sup>2</sup> Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, 117198, Russia

**Abstract.** The increase in the number of patients in need of edoprosthetics determines the high relevance of the study of non-drug rehabilitation by methods of apparatus physiotherapy, and in the first place the effectiveness and safety of physiotherapy methods in the postoperative period forms problems in the postoperative period development of new comprehensive rehabilitation programs for patients after hip arthroplasty (ETS). *The purpose* of this study is to evaluate the effectiveness of physical exercises, laser and electrophoretic technical capabilities of apparatus physiotherapy aimed at forming a depot of the drug "Karipazim" along the projection zones of the operated hip joint for symptomatic analgesic and anti-inflammatory effects.

*Methods:* the materials of a retrospective study of me, including 192 patients after ETS, were analyzed. Patients of the first comparison group (58 people) received course treatment in the form of individually selected physical exercises for early rehabilitation after ETS and laser photophoresis of the drug Karipazim along the projection zones of the hip joint from the Matrix apparatus (Russia). Patients of the second comparison group (60 people) received a course of

treatment in the form of physical exercises after ETS and electrophoresis of the drug "Karipazim" in the projection zones of the hip joint from the apparatus "Amplipulse-5" (Russia). Patients from the main group (59 people) and complex treatment in the form of physical exercises for early rehabilitation after ETS, electrophoresis of the drug "Karipazim" and low-intensity infrared laser radiation (NILI) on the projection zones of the hip joint. Conclusions: The study demonstrates that the complex electrophoretic use of the drug "Caripazim" and exercise has a highly effective effect on patients with rheumatoid hip injury, which is especially important, both to reduce pain syndrome and improve the functional outcomes of patients after ETS in the long term of observation. Keywords: hip; Pain laser therapy, electropulse therapy, physical factors, ETS.

*Results:* with rare age of  $46.8 \pm 4.7$  years, of which 65.9 % were women. The average VAS score before treatment was  $6.8 \pm 1.6$  (range 3 to 12),  $1.3 \pm 1.4$  – after 3 months and  $1.9 \pm 1.5$  – after 12 months ( $p < 0.01$ , for all). The greatest correction of VAS was noted in the group that received complex treatment and exercise. After the course of exposure, an increase in effectiveness was noted, increasing by the end of 12 months ( $p < 0.001$ ) with relatively low effects by 3 months ( $p > 0.05$ ). The most pronounced analgesic improvement was observed in ETS patients against the background of NILI and exercise therapy. After a complex effect, faster analgesic, anti-inflammatory and motor results were noted.

*Conclusions:* The study demonstrates that the combined electrophoretic use of Karipazim and exercise have a highly effective effect on TPTS patients, both to reduce pain and to improve patient outcomes.

**Key words:** hip joint, bol, laser therapy, electropulse therapy, exercise, ETS.

*Введение.* Заболевания тазобедренного сустава являются одними из самых тяжелых для пациентов, так как вызывают значительные нарушения в походке [1, с. 45]. Появляется выраженный болевой синдром, мешающий обычной жизнедеятельности и отражающийся на качестве жизни пациентов [2, с. 34]. Частой причиной хронической боли и потери подвижности тазобедренного сустава является артроз тазобедренного сустава, патогенез которого, согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) различен, но более 65 % составляет ревматоидная причина, с воспалительным поражением соединительной ткани вокруг сустава [3, с. 328]. Мировой практикой установлено, что наиболее адекватным способом лечения пораженных тазобедренных суставов с тяжелой стадией является эндопротезирование тазобедренного сустава (ЭТС), которое широко выполняется в мировой медицинской практике с 1960 года [4, с. 52]. При этом без качественного послеоперационного лечения и медицинской реабилитации после ЭТС, операция не приносит выраженного эффекта, поскольку цель реабилитации – полное восстановление функций тазобедренного сустава и жизнедеятельности человека, повышение качества жизни больных с АО [5, с. 4]. Последнее особенно важно для больных с двухсторонним деформирующим коксартрозом [6, с. 380], выраженной контрактурой суставов [7, с. 107], атрофией мышц нижних конечностей [8, с. 653], вторичными патологическими изменениями в позвоночнике [9, с. 177], наличием коморбидной патологии (СД, сосудистая и кардиологическая патология, др.) [10, с. 50]. Когорта пациентов с высокими рисками осложнений в послеоперационном периоде требует пристального контроля и более тщательного изучения корригирующих эффектов немедикаментозных методов аппаратной физиотерапии, имеющих доказательную платформу [11, с. 30]. Всемирная Организация Здравоохранения на своей конференции в 1989 году рассмотрела данный вопрос и предложила всем специалистам, работающим в этом направлении, совместно разработать информационное обеспечение лиц, предполагающих лечиться после эндопротезирования методами рефлексотерапии и аппаратными методами реабилитации [12, с. 621]. С целью купирования сильного болевого синдрома больным из контрольной группы (15 человек) назначали обезболивающие средства, которые не получали аппаратные методы физиотерапии [13, с. 14]. В настоящее время врачи академической

медицины и специалисты традиционной медицины находятся на пути разработки совместных документов, объединяющих «западные» и «восточные» технологии с целью их применения в медицинской реабилитации больных после ТЭТС [13, с. 13].

У пациентов трудоспособного возраста и без сопутствующей патологии проведение ЭТС с послеоперационной комплексной программой реабилитации более доказательно, поскольку восстановительные мероприятия с использованием средств и форм лечебной физкультуры и технических приемов аппаратной физиотерапии не имеют противопоказаний, как в ранней реабилитации, так и в отдаленном периоде его периода [14, с. 54].

*Материалы и методы исследования.* Было проанализировано ретроспективное исследование 192 пациентов (в общей сложности 286 больных после ЭТС), обследованных и пролеченных в реабилитационном центре клинической базы кафедры. Всем пациентам проводили общий анализ крови, биохимические исследования с оценкой пресловых гуморальных показателей (кортизол, норадреналин), рентгенографию и/или магнитно-резонансную томографию тазобедренного сустава, ультразвуковое исследование суставов, оценку клеточных показателей микроциркуляции (МЦР) проводили методом доплеровской флоуметрии на аппарате ЛАКК-01 (Россия) [15, с. 3]. Опросник «SF-36 health status survey» позволил оценить качество жизни больных [16, с. 41], а визуальная аналоговая шкала (ВАШ) – выраженность болевого синдрома по 10-ти баллам [17, с. 259]. Статистический анализ результатов проводился при помощи программы Microsoft Excel 2018. Т-критерий Стьюдента использовали для сравнения переменных с нормальным распределением в независимых группах, метод множественного сравнения ANOVA и LSD в независимых группах, U-критерий Манна-Уитни для независимых групп для переменных без нормального распределения и тесты множественного сравнения Крускала-Уоллиса и Данна для независимых групп. Результаты были представлены в виде простых показателей в процентах, среднее значение  $\pm$  стандартное отклонение и  $P \leq 0,05$  считалось статистически значимым.

Средняя продолжительность АО у обследуемых больных составила  $18,55 \pm 8,2$  лет, медиана – 8 [0,08; 43] лет. У большинства пациентов (56,6 %) длительность заболевания составила от 1,1 до 10 лет. Промежуток времени от полной последней ремиссии в среднем составил  $0,92 \pm 0,8$  лет, медиана – 0,67 [0; 7]. У 46 пациентов (30,7 %) с ревматоидным АО носил выраженный генетический или семейный характер: у 42 пациента (24 %) отмечали наследственную предрасположенность (данное заболевание встречалось у всех ближайших родственников). После ЭТС пациенты из первой группы сравнения (58 человек) прошли курсовое лечение индивидуально подобранным циклом физических упражнений, рекомендуемых для ранней реабилитации после ЭТС и, лазерофорез препарата «Карипазим» [18, с. 95] по проекционным зонам тазобедренного сустава от аппарата «Матрикс» (Россия). Пациенты из второй группы сравнения (60 человек) прошли курсовое лечение индивидуально подобранным циклом физических упражнений, рекомендуемых для ранней реабилитации после ЭТС и электрофорез препарата «Карипазим» по проекционным зонам тазобедренного сустава с применением синусоидального модулированного тока от аппарата «Амплипульс-5» (Россия). Пациенты из контрольной группы (15 человек) прошли курсовое лечение индивидуально подобранным циклом физических упражнений с применением стандартных противовоспалительных и обезболивающих препаратов без аппаратной физиотерапии. Пациенты из основной группы (59 человек) прошли курсовое лечение индивидуально подобранным циклом физических упражнений, рекомендуемых для ранней реабилитации после ЭТС и электрофорез препарата «Карипазим», который выполняли после воздействия низкоинтенсивным инфракрасным лазерным импульсным излучением ( $\lambda=904$  нм, импульсная мощность – 15 Вт, частота – 80 Гц, импульс – 100 мс, время экспозиции – 10 минут,) по проекционным зонам тазобедренного сустава.

Для профилактики воспалительных осложнений после ЭТС, а также с целью улучшения кровообращения, лимфотока, устранения болевого синдрома во время разработки движений в тазобедренном суставе, пациентам из второй группы сравнения назначали низкочастотную

импульсную электротерапию в виде электрофореза синусоидальными токами в выпрямленном режиме (СМТ) с рассасывающим противовоспалительным препаратом «Карипазим». Применение электроимпульсной терапии, по нашим данным, позволяет создать зону лекарственного депо в субдермальных тканях, оказывая общую генерализованную реакцию, в результате которой включаются афферторно-эффektorные сигналы от периферии в корково-подкорковые структуры головного мозга и ретикулярную формацию. Афферентная импульсация, идущая по спинномозговым и внеспинномозговым (вегетативным) путям, меняет функциональное состояние неспецифических систем мозга и всего лимбикоретикулярного комплекса (ретикулярная формация, гипоталамус, таламус, гиппокамп, амигдалоидная область и др.), что проявляется не только снижением болевого синдрома, но и в улучшении субъективного настроения и мотивационного потенциала у оперированных пациентов [19, с. 73]. На следующий день после операции большинству (98,8 %) больных трудоспособного возраста (от 42,1 до 51,5 лет) было разрешено начинать восстановление: пациенты через болевой синдром начинали выполнять физические упражнения в очень медленном темпе, лежа в постели. Начиная со 2-го дня после операции, лежа в постели, пациентам разрешали медленно передвигать стопами вверх/вниз, каждые 5-10 минут (5-6 раз повтор). Такие упражнения направлены на ускорение процесса восстановления и уменьшение послеоперационного болевого синдрома в тазобедренном суставе [20, с. 11]. После операции, примерно неделю, больному разрешали движения в очень малом объеме, нагружая тазобедренный сустав в щадящем двигательном режиме, что усиливало функциональную активность. Оценка пациентов по индексу Лекена представлена в табличном материале (Таблица 1).

Таблица 1 – Динамика показателей функциональной активности тазобедренного сустава на основании индекса Лекена (баллы)

Группы	До лечения	После лечения	Через 6 мес.
НИЛИ (n=58)	13,2±0,14	7,3±0,02**••	8,5±0,09**••
СМТ (n=60)	12,8±0,12	9,2±0,01**••	9,8±0,11*•
Комплекс (n=59)	12,5±0,10	6,1±0,05**••	4,8±0,02**••

**Примечание.** Достоверность разности в каждой колонке по отношению к комплексу: \* - p < 0,05; \*\* - p < 0,01; \*\*\* - p < 0,001; • достоверность до/после лечения в группах • - p < 0,05; •• - p < 0,01; ••• - p < 0,001.

В качестве контрольных точек использовали уровни прессовых гуморальных показателей (норадреналин и кортизола) и VAS (Таблица 2).

Таблица 2 – Оценка влияния НИЛИ и СМТ-электрофореза препарата «Карипазим» после ЭТС на уровни норадреналина и кортизола до (А), после курсового лечения (В), через 12 месяцев (С)

Показатель	НИЛИ (n=58)	СМТ (n=60)	Комплекс (n=59)	Контроль (n=15)	N
А Кортизол	790,4±39,9*	789,5±36,5*	791,2±37,3*	790,9±38,9*	170-720 нмоль/сут
В	550,5±29,5**	558,9±24,5•	340,6±26,3**••	783,3±24,5	
С	540,9±27,5**	557,7±25,5•	333,5±24,1**••	649,7±23,2•	
А Норадреналин	81,4±3,9**	79,4±3,9**	79,9±3,8**	79,8±3,6**	14,1-36,5 нмоль/сут
В	65,3±3,5•	69,5±3,2•	49,5±4,0**	759,5±29,5	
С	63,9±3,8•	67,8±3,7•	40,4±327,5**••	748,9±27,5•	

**Примечание.** Достоверность разности между физиологической нормой: \* - p < 0,05; \*\* - p < 0,01; \*\*\* - p < 0,001; • достоверность до/после лечения в группах • - p < 0,05; •• - p < 0,01; ••• - p < 0,001.

При комплексной терапии получен наиболее значимый по эффективности локальный и генерализованный ответ, который проявился в нормализации уровня норадреналина (от 79,9±3,8 нмоль/сут до 49,5±4,0 нмоль/сут) и кортизола (от 791,2±37,3 нмоль/сут до 340,6±26,3 нмоль/сут), играющих важную роль в регуляции физиологических процессов в организме [18]. Контроль отдаленных результатов уровней прессорных гуморальных показателей, свидетельствующих о преобладании активности симпатического звена



симпатико-адреналовой системы на фоне болевого и воспалительного синдрома после ЭТС, проводили в сравнении с результатами посткурсового воздействия через 3 и 12 месяцев с клиническим обследованием по визуальной аналоговой шкале (VAS) (Таблица 3).

Таблица 3 – Регресс выраженности болевого синдрома по шкале VAS (баллы)

Группы	До лечения	После лечения	Через 3 мес.	Через 12 мес.
НИЛИ (n=58)	8,1±0,18	4,1±0,21••	3,2±0,14***••	3,6±0,16***••
СМТ-форез (n=60)	7,9±0,16	4,4±0,28*••	4,8±0,15***••	5,9±0,21***••
Комплекс (n=59)	8,7±0,22	3,0±0,24***••	1,1±0,05***••	1,8±0,25***••
Контроль (n=15)	8,1±0,18	5,9±0,22***••	5,2±0,24***••	5,6±0,26***••

**Примечание.** Достоверность разности в каждой колонке по отношению к комплексу: \* - p < 0,05; \*\* - p < 0,01; \*\*\* - p < 0,001; • - достоверность до/после лечения в группах • - p < 0,05; •• - p < 0,01; ••• - p < 0,001.

Применение лазерной терапии у больных после ЭТС обеспечивает активное участие вегетативной нервной системы в повышении реабилитационного резерва и повышение возможности мобилизации ресурсов организма для немедленного действия, что потенцирует снижение уровня кортизола и норадреналина и, что обеспечивает перераспределение кровоснабжения и улучшение микрокровотока (МКТ) в зоне протезирования, устранение отека и воспалительных клинических симптомов, отражая регресс болевого синдрома у больных после ЭТС.

*Выводы:* с целью купирования сильного болевого синдрома после ЭТС, активации резервного гуморального ответа на воспалительные клинически выраженные реакции в оперированных тканях тазобедренного сустава высоко зарекомендовал комплексный метод, включающий курс физических упражнений, рекомендуемых для ранней реабилитации после ЭТС, электрофорез препарата «Карипазим» и низкоинтенсивное инфракрасное лазерное импульсное воздействие по проекционным зонам тазобедренного сустава.

#### Библиографический список

1. Беляев, А.Ф. Реабилитация пациентов после эндопротезирования тазобедренных суставов / А.Ф. Беляев, Т.А. Кантур, В.В. Хмелева. – Текст : непосредственный // Вестник восстановительной медицины. – 2018. – N 4. – С. 30-39.
2. Snell, D.L., et al. Joint replacement rehabilitation and the role of funding source/ D. L. Snell, J. A. Dunn, K. A. Sinnott, C. J. Hsieh, G. Jong, G. J. Hooper // J. Rehabil Med. – 2019 – 51 (10): 770-778. doi: 10.2340/16501977-2600.
3. Gutenbrunner, C. Principles of assessment of rehabilitation services in health systems: learning from experiences / C. Gutenbrunner, B. Nugraha // J. Rehabil Med. – 2018. – 50(4): 326-332. doi :10.2340/16501977-2246.
4. Ponnusamy, K.E., et al. Post-discharge care duration, charges, and outcomes among medicare patients after primary total hip and knee arthroplasty / K.E. Ponnusamy, Z. Naseer, E.L. Dafrawy, M.H. Okafo, C. Alexander, R.S. Sterling // J. Bone Joint Surg Am. – 2017. – 99 (11). – С. 55-61. doi: 10.2106/jbjs.16.00166.
5. Larsen, J.B. et al. Intensive, personalized multimodal rehabilitation in patients with primary or revision total knee arthroplasty: a retrospective cohort study / J.B. Larsen, L.A. Mogensen, L. Arendt-Nielsen, P. Madeleine // BMC Sports Sci Med Rehabil. – 2020. – N 1. – С. 5-9. doi: 10.1186/s13102-020-0157-1.
6. Güler, T., et al. Early improvement in physical activity and function after total hip arthroplasty: Predictors of outcomes / T. Güler, F. Sivas, F.G. Yurdakul, E. Çelen, A. Utkan, D. Başkan // Turk J Phys Med Rehabil. – 2019. – 65 (4): 379-388. doi: 10.5606/tftrd.2019.4695.
7. Chughtai, M. The role of virtual rehabilitation in total and unicompartmental knee arthroplasty / M. Chughtai, J. J. Kelly, J. M. Newman // J. Knee Surg. – 2019. – 32 (1): 105-110. doi: 10.1055/s-0038-1637018.

8. Kim, J.H., et al. Functional outcomes after critical pathway for inpatient rehabilitation of total knee arthroplasty / J.H. Kim, B.R. Kim, S.R. Kim, E.Y. Han, K.W. Nam, S.Y. Lee // *Ann Rehabil Med.* – 2019. – 43 (6): 650-661. doi: 10.5535/arm.2019.43.6.650.
9. Конева, Е.С. Анализ 5-летнего опыта работы мультидисциплинарной бригады по протоколу fast-track-терапии после операций тотального эндопротезирования тазобедренных и коленных суставов в клинике ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России / Е.С. Конева, А.Б. Серебряков, Т.В. Шаповаленко, К.В. Лядов. – Текст : непосредственный // *Физиотерапия, бальнеолечения и реабилитация.* – 2016. – Т. 15, 4. – С. 175-182.
10. Горянная, Н.А. Динамика психоэмоционального состояния пациентов на первом этапе реабилитации после эндопротезирования тазобедренного сустава / Н.А. Горянная, Н.И. Ишекова, В.В. Попов. – Текст : непосредственный // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.* – 2017. – N 3-1. – С. 49-52.
11. Хамурзоева, С.Ш. Пути снижения инвалидности у лиц трудоспособного возраста / С.Ш. Хамурзоева, Н.Г. Куликова. – Текст : непосредственный // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* – 2013. – Т.1, 6 (1). – С. 29-31.
12. Куликова, Н.Г. Качество жизни населения в старших возрастных группах / Н.Г. Куликова. – Текст : непосредственный // *Здравоохранение Российской Федерации.* – 2015. – N 3. – С. 12-15. (In Russ.).
13. Куликова, Н.Г. К вопросу о применении комбинированной лазерной терапии разной длины волны в раннем послеоперационном периоде / Н.Г. Куликова, Е.В. Нестерова, А.С. Ткаченко, З.Г. Жилоков. – Текст : непосредственный // *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры.* – 2021. – N 2 (1). – С. 29-33.
14. Секирин, А.Б. Протокол ранней реабилитации после эндопротезирования крупных суставов (обзор литературы) / А.Б. Секирин. – Текст : непосредственный // *Вестник восстановительной медицины.* – 2019. – N 2. – С. 51-57.
15. Панарина, И.М. Сравнительная характеристика методик физической реабилитации после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава / И.М. Панарина, Е.С. Волкова, Е.П. Сальникова. – Текст : непосредственный // *Наука и общество в эпоху перемен.* – 2019. – N 1 (5). – С. 2-4.
16. Рудь, И.М. Реабилитация больных после эндопротезирования суставов нижних конечностей / И.М. Рудь, Е.А. Мельникова, М.А. Рассулова, А.Н. Разумов, А.Е. Гореликов. – Текст : непосредственный // *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры.* – 2017. – N 6. – С. 38-44.
17. Jiang, S., et al. The comparison of telerehabilitation and face-to-face rehabilitation after total knee arthroplasty: a systematic review and meta-analysis/ S. Jiang, J. Xiang, X. Gao, K. Guo, B. Liu // *J. Telemed Telecare.* – 2018. – 24 (4). – С. 257-262. doi: 10.1177/1357633x16686748.
18. Eichler, S., et al. Effectiveness of an interactive telerehabilitation system with home-based exercise training in patients after total hip or knee replacement: study protocol for a multicenter, superiority, no-blinded randomized controlled trial / S. Eichler, S. Rabe, A. Salzwedel, S. Müller, J. Stol, N. Tilgner // *J. Trials.* – 2017. – 18(1). – С. 438-439. doi 10.1186/s13063-017-2173-3.
19. Куликова, Н. Г. Карбокситерапия в реабилитации пациентов с различной патологией : Монография / Н.Г. Куликова. – М. : Изомир, 2016. – 130 с. – Текст : непосредственный.
20. Zhang, C. Application of fast-track surgery combined with a clinical nursing pathway in the rehabilitation of patients undergoing total hip arthroplasty / C. Zhang, J. Xiao // *J. Int Med Res.* – 2020. – 48(1). – С. 2-13. doi: 10.1177/0300060519889718.

**Информация об авторах:** Н.Г. Куликова – д-р мед.наук, профессор, [www.kulikova@rambler.ru](mailto:www.kulikova@rambler.ru), [kulikovang777@mail.ru](mailto:kulikovang777@mail.ru), А.Д. Фесюн – д-р мед.наук, [umc-rmc@mail.ru](mailto:umc-rmc@mail.ru), А.С. Ткаченко – канд. мед.наук, доцент, [rocstartofuture@mail.ru](mailto:rocstartofuture@mail.ru), А.А. Колодезникова, [kolA1965@mail.ru](mailto:kolA1965@mail.ru)

**Information about the authors:** N.G. Kulikova – Doctor of Medical Sciences, Professor, [www.kulikova@rambler.ru](mailto:www.kulikova@rambler.ru), [kulikovang777@mail.ru](mailto:kulikovang777@mail.ru), A.D. Fesyun – Doctor of Medical Sciences, [umc-rmc@mail.ru](mailto:umc-rmc@mail.ru), A.S. Tkachenko – Candidate of Medicine, Associate Professor, [rocstartofuture@mail.ru](mailto:rocstartofuture@mail.ru), A.A. Kolodeznikova, [kolA1965@mail.ru](mailto:kolA1965@mail.ru)

## Особенности обучения пациентов с различной структурой моторного и сенсорного дефицита пользованию креслом-коляской

Н.Г. Коновалова<sup>1,2</sup>, Е.Г. Дробышева<sup>1</sup>, И.В. Деева<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное учреждение «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»

Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации,  
г. Новокузнецк, 654055, Россия

<sup>2</sup>Кузбасский гуманитарно-педагогический институт ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет», г. Новокузнецк, 654041, Россия

**Аннотация.** Актуальность работы обусловлена разнообразием структуры моторного и сенсорного дефицита у пациентов, нуждающихся в обучении пользованию креслом-коляской.

**Цель:** анализ особенностей обучения лиц с различной структурой моторного и сенсорного дефицита пользованию креслом-коляской.

**Материал и методы.** Наблюдали 355 пациентов в процессе обучения пользованию креслом-коляской. Из них: 196 – с параплегией, 35 – гемиплегией и 124 – тетраплегией.

**Результаты.** Фактором, определяющим успешность освоения кресла-коляски, служило умение удерживать позу сидя. Пациенты с нижней параплегией управляли креслом-коляской при помощи рук. Захват ободов колес – цилиндрический. Особенность пациентов с гемиплегией состояла в том, что они управляли креслом-коляской только здоровыми конечностями, при этом нога выполняла роль руля, а не только обеспечивала продвижение кресла-коляски. Захват обода – цилиндрический. Особенность пациентов с тетраплегией – использование плоскостного захвата ободов, наличие содружественных движений корпуса и рук для вращения колес.

**Заключение.** При обучении пациентов пользованию креслом-коляской необходимо учитывать структуру и выраженность моторного и сенсорного дефицита.

**Ключевые слова:** инвалиды, моторный и сенсорный дефицит, кресло-коляска, функция сидения, гемиплегия, параплегия, тетраплегия.

## Characteristics of the wheelchair use training of patients with different structures of the motor and sensory deficit

N.G. Konovalova<sup>1,2</sup>, E.G. Drobysheva<sup>1</sup>, I.V. Deeva<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Federal State Budgetary Institution "Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Disabled Persons" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, Novokuznetsk, 654055, Russia

<sup>2</sup> Kuzbass Humanitarian and Pedagogical Institute of Kemerovo State University, Novokuznetsk, 654041, Russia

**Abstract.** The relevance of this study is due to the diversity of the motor and sensory structure in patients who need to be trained in using the wheelchair.

**Purpose.** To analyze the characteristics of the wheelchair use training of patients with different structures of the motor and sensory deficit.

**Material and methods.** We observed 335 patients during the process of the wheelchair use training. There were 196 patients with paraplegia, 35 with hemiplegia and 124 with tetraplegia.

**Results.** The factor that determined the success of the mastering of the wheelchair was the ability to keep the sitting position. Patients with lower paraplegia controlled the wheelchair using their arms. They had a cylindrical grip of the wheel rims. The peculiarity of patients with hemiplegia was that they controlled the wheelchair using only the healthy extremities, the leg performing the function of the steering wheel and not only propelling the wheelchair. They also had

cylindrical grip of the rims. The peculiarity of patients with tetraplegia was the use of a planar grip of the rims and the presence of friendly movements of the corpus and arms to rotate the wheels.

*Conclusion.* When teaching patients how to use the wheelchair it is necessary to take into consideration the structure and degree of their motor and sensory deficit.

**Key words:** disabled persons, motor and sensory deficit, wheelchair, function of sitting, hemiplegia, paraplegia, tetraplegia.

Современная медицинская реабилитация ориентирована на расширение свободы пациента и возможностей социальной самореализации, создание условий для повышения его мобильности и адаптации к условиям жизни. В этом плане способность самостоятельно передвигаться является одним из ключевых моментов. Между тем, пациентов, не способных восстановить вертикальную позу и ходьбу, довольно много. Невозможность самостоятельного передвижения делает пациента прикованным к кровати и полностью зависимым от окружения, что снижает качество жизни самого пациента и членов его семьи.

В то же время, пациентов, тяжесть состояния которых не позволяет им освоить самостоятельное перемещение в кресле-коляске, крайне мало. Сегодня существует недооцененность реабилитационного потенциала маломобильных пациентов [1]. Обилие степеней свободы дистальных отделов конечностей человека относительно туловища, высокая пластичность центральной нервной системы, эмоционально-волевые функции определяют способность к адаптации, формированию 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. Все это дополняется широким спектром технических средств.

Отсутствие возможности самостоятельного передвижения в пределах жилого помещения, городской среды существенно снижает качество жизни людей с ограниченными возможностями [2]. К решению этой проблемы подходят с нескольких сторон: создание безбарьерной городской среды, совершенствование технических средств реабилитации [5;8] и обучение инвалидов управлять этими средствами.

Разнообразие моделей кресел-колясок позволяет индивидуально подобрать устройства с учетом актуальных двигательных возможностей пациента и открывает перспективу их расширения в процессе освоения технического средства реабилитации. Современные модели кресел-колясок способны позволить своему обладателю передвигаться по лестнице, пересеченной местности, заниматься спортом высших достижений [3]. Освоение подобных возможностей не безопасно, оно требует тщательного подбора технического средства реабилитации [4], специального обучения, поиска индивидуальных вариантов с учетом моторных и сенсорных возможностей пациента.

Чтобы знать какие мышцы нуждаются в укреплении, какие двигательные стереотипы – в формировании в первую очередь, нужно понять структуру движений пациентов с пара-, геми- и тетраплегией при управлении креслом-коляской в разных биомеханических ситуациях.

*Цель:* проанализировать особенности обучения людей с различной структурой моторного и сенсорного дефицита пользованию креслом-коляской.

*Материал и методы.* Работа выполнена на базе отделения медико-социальной реабилитации, физиотерапии и лечебной физкультуры ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в 2018-2022 годах.

Наблюдали пациентов с различной структурой моторного и сенсорного дефицита в процессе освоения и совершенствования навыков пользования креслом-коляской. Целью госпитализации всех обследованных являлось освоение/совершенствование навыков пользования креслом-коляской. Никто из пациентов не имел противопоказаний к занятиям лечебной физкультурой (ЛФК), все были мотивированы к увеличению мобильности.

Было сформировано 3 группы пациентов с учетом структуры моторного и сенсорного дефицита (Таблица 1). Возраст всей выборки пациентов и отдельных групп представлен в виде медианы, первого и третьего квартиля – Me (25-75 %).

Таблица 1 – Структура контингента обследованных (n=355)

Синдром	Параплегия	Гемиплегия	Тетраплегия	Всего
<b>Половозрастные показатели</b>				
Женщины, человек	48	7	29	84
Мужчины, человек	148	28	95	271
Всего, человек	196	35	124	355
Возраст Me (25-75 %)	39 (31-46)	59 (53-67)	35 (30-42)	38 (31-45)

Группы различались между собой по полу и возрасту, что отражает половозрастную структуру патологии, послужившей причиной формирования неврологического синдрома. Большинство пациентов с тетраплегией оказались молодыми мужчинами, получившими тяжелую черепно-мозговую или спинномозговую травму на шейном уровне. До травмы они были соматически здоровы. Причиной гемиплегии, напротив, служила сосудистая катастрофа у людей старшего возраста с наличием сосудистой, эндокринной патологии, метаболического синдрома. Причиной возникновения нижней параплегии в большинстве случаев служила травма.

Пациенты посещали десятидневные курсы лечебной физкультуры и занятия по обучению пользованию креслом-коляской. Причём, лечебная физкультура предшествовала занятию по обучению пользованию креслом-коляской. Между процедурами делали перерыв продолжительностью 30-60 минут для отдыха пациентов. Навыки, сформированные на занятии по лечебной физкультуре, применяли для обучения пользованию креслом-коляской.

В процессе освоения технического средства реабилитации использовали образ циферблата часов для обозначения положения кистей на ободах колес. Для продвижения вперед кисти устанавливали на ободы на 11 часов и прокатывали до положения на 2 часа, затем снова переставляли руки на 11 часов и движения повторялись. При движении назад действия выполняли в обратном порядке. Чтобы выполнить поворот, колеса вращали асимметрично; при необходимости повернуться на месте вращали одно колесо. Для преодоления препятствий, езды по пересеченной местности, передвижения по лестнице использовали задние колеса кресла-коляски на балансе.

Методы исследования при поступлении, в процессе занятий и перед выпиской включали: клиническое наблюдение; тестирование уровня компенсации функции сидения и навыков пользования креслом-коляской; анализ факторов, лимитирующих освоение кресла-коляски у каждой из групп, и поиск путей компенсации этих факторов.

*Результаты.* Фактором, лимитирующим освоение активного кресла-коляски, у пациентов с нижней параплегией служила слабость мышечного корсета, неумение держать позу сидя. Задача ЛФК состояла в увеличении силы аксиальной мускулатуры и мышц плечевого пояса, координации движений в положении сидя, повышение уровня компенсации функции сидения. На занятиях по обучению пользованию креслом-коляской достигнутые результаты применяли для формирования специфических двигательных навыков.

Эта группа была неоднородна. В зависимости от уровня компенсации функции сидения ее разделили на 4 неравные подгруппы (Таблица 2).

Таблица 2 – Распределение пациентов с синдромом нижней параплегии в зависимости от уровня компенсации функции сидения (n=196)

Этап исследования	Уровень компенсации функции сидения				Всего
	0	1	2	3	
При поступлении	2	80	108	6	196
Перед выпиской	0	77	111	8	196

Изначально нулевой уровень компенсации функции сидения был у 2 пациентов. Они не могли удерживать позу сидя без внешней фиксации туловища, самостоятельно не передвигались. С этими людьми занятия ЛФК были направлены на повышение силовой выносливости мышц корсета и повышение уровня компенсации сидения до первого, что и было достигнуто. На занятиях по обучению пользованию креслом-коляской они освоили движение по прямой вперед и назад.

Первый уровень компенсации сидения имели 80 человек: могли сидеть, опираясь на спинку и/или подлокотники кресла-коляски, передвигаться по прямой. На занятиях ЛФК они тренировали мышцы корсета и учились удерживать позу сидя без дополнительной опоры, что соответствовало второму уровню компенсации функции сидения. Достигнуть этот уровень удалось пяти пациентам к концу курса. На занятиях по обучению пользованию креслом-коляской пациенты осваивали движение по прямой вперед и назад, повороты в стороны, в чем были успешны все члены группы.

Второй уровень компенсации функции сидения при поступлении имели 108 человек. На занятиях ЛФК они работали над совершенствованием постуральной регуляции в пределах этого уровня и его повышением до третьего, что удалось двоим пациентам; тренировали равновесие, силовую выносливость мышц туловища, плечевого пояса, верхних конечностей. Эти пациенты освоили передвижение в кресле-коляске вперед, назад, повороты, езду по «змейке», научились разгоняться и резко останавливаться, доставать предметы с пола и полки; они научились удерживать кресло-коляску в балансе на задних колесах.

Третий уровень компенсации функции сидения был у шести 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 ЛФК пациенты работали над совершенствованием координации движений и удержания равновесия в положении сидя; укреплением аксиальной мускулатуры и мышц плечевого пояса.

На занятиях по совершенствованию навыков пользования креслом-коляской – учились передвигаться по мягкой поверхности, быстро поднимать передние колеса, держать равновесие на задних колесах, преодолевать пороги и канавы; осваивали езду вверх и вниз по пандусу, подъем и спуск по лестнице. Это открывало возможность передвигаться по улице, выходить за пределы асфальтированных дорог, посещать торгово-развлекательные центры и другие места общего пользования.

Пациенты с гемиплегией – самая возрастная группа с наличием соматической патологии, которая полностью не исключала, но существенно ограничивала допустимые объемы физической нагрузки. Данный контингент имел низкую физическую работоспособность, общая координация движений страдала.

Вращение обода колеса кресла-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. Перечисленные факторы, действуя в комплексе, создавали опасность повредить парализованную руку при попадании в обод колеса, если использовать ее для управления креслом-коляской. Поэтому пациентов учили управлять креслом-коляской при помощи здоровых конечностей. Для этого было необходимо сформировать новые двигательные координации – задача далеко не банальная, с учетом органического поражения центральной нервной системы и зрелого возраста контингента.

Пациентам предлагали следующее упражнение: поставить прямую ногу пяткой на пол, затем, осуществляя перекаат на носок, проталкивать кресло-коляску вперед, прокручивая обод ведущего колеса на здоровой стороне здоровой рукой. Низкая физическая подготовленность проявлялась в слабости не только парализованных, но и здоровых конечностей. Для продвижения кресла-коляски пациенты выполняли здоровыми конечностями новые, непривычные движения, требующие значительных усилий. При движении по прямой

необходима сила мышц верхней конечности не ниже 2 баллов, разгибателей коленного и голеностопного суставов – от 3 баллов; уровень компенсации сидения – 2 балла. Задача лечебной физкультуры заключалась в том, чтобы повысить силу мышц до необходимого уровня и сформировать нужные движения. ЛФК была направлена на увеличение силы мышц здоровых и парализованных конечностей, координации движений.

Большинство пациентов с тетраплегией – молодые мужчины, получившие тяжелую черепно-мозговую или спинномозговую травму на шейном уровне. Их отличали 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 с движениями туловища, умением удерживать позу сидя. Стояла задача повысить уровень компенсации функции сидения до 2, силу мышц сгибателей и разгибателей локтевых и плечевых суставов до трех баллов по Lovett.

При обучении пользованию креслом-коляской использовали движения туловища 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.

*Обсуждение.* Обследованные пациенты имели разную физическую подготовленность, что отразилось на успешности освоения передвижения и выполнения сложных упражнений в кресле-коляске. В свою очередь, освоение передвижения и выполнения упражнений в балансе на задних колесах способствовало улучшению физической подготовленности, что проявилось в повышении уровня компенсации функции сидения, либо совершенствовании этой функции в пределах одного уровня.

У всех групп пациентов фактором, определяющим возможности управления креслом-коляской, явился уровень компенсации функции сидения, объединяющий в себе силу мышечного корсета и координацию движений, что определяло возможность поддержания позы сидя при изменении положения туловища, плечевого пояса и рук, а в случае удержания баланса на задних колесах – сохранение равновесия, когда площадь опорного контура уменьшается до горизонтальной линии, соединяющей правое и левое колеса в местах их соприкосновения с опорой. М.А. Головин с соавторами, исследуя движения в кресле-коляске по пандусу, тоже пришли к выводу о ведущей роли стабилизации позвоночника при выполнении сложной двигательной задачи [6].

В данном исследовании сложность навыков управления креслом-коляской напрямую зависела от уровня компенсации функции сидения. Пациенты с первым уровнем компенсации функции сидения способны освоить езду по прямой, повороты в стороны. Это дает им возможность перемещаться в пределах квартиры. Пациенты со вторым уровнем – способны освоить езду с разной скоростью, тонко меняя направление движения, что позволяет им перемещаться в пределах квартиры, выполнять различные работы по дому. Пациенты с третьим уровнем компенсации – могут освоить сложные упражнения на кресле-коляске, что открывает им перспективу свободного перемещения вне дома.

Отсюда следуют два практических вывода: зная уровень компенсации функции сидения, можно с большой долей уверенности определять ближайшие перспективы освоения кресла-коляски; для расширения возможностей управления креслом-коляской, нужно совершенствовать функцию сидения до требуемого уровня, в частности, удержание кресла-коляски в балансе на задних колесах не могут быть освоены пациентами, если уровень компенсации сидения ниже трех.

Другая важная позиция, ограничивающая возможности освоения кресла-коляски пациентов с пара- и тетраплегией – сила мышц плечевого пояса и верхних конечностей, их включенность в общие двигательные координации; возможность выполнения захвата.

Пациенты с нижней параплегией управляют креслом-коляской при помощи рук и плечевого пояса, используют цилиндрический захват. У пациентов с тетраплегией в управлении креслом-коляской участвуют движения туловища. Захват ободов – плоскостной.

Особняком стоят пациенты с гемиплегией, которые управляют креслом-коляской здоровыми конечностями, при этом нижняя конечность не только выполняет толчок, но играет роль руля. Захват обода – цилиндрический. Эта группа имеет серьезные ограничения к интенсификации физической нагрузки вследствие наличия соматической патологии. В нашем исследовании пациенты с гемиплегией освоили передвижение по твердой, ровной поверхности по прямой и повороты. Ни желаний, ни возможности осваивать сложные упражнения у них не возникало.

Четкое понимание – 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 ЛФК, проводимых параллельно обучению пользованию креслом-коляской.

Освоение самостоятельного передвижения по ровной поверхности, доступное большинству пациентов, открывает им перспективу не только независимости в пределах квартиры, но и передвижения в пределах доступной среды [7;9].

*Заключение.* Подводя итог, отметим, что при обучении пациентов пользованию креслом-коляской необходимо учитывать структуру и выраженность моторного и сенсорного дефицита.

Ключевым моментом, ограничивающим возможности освоения сложных упражнений в кресле-коляске, служит уровень компенсации функции сидения. Пациенты с нижней параплегией, достигшие третьего уровня компенсации этой функции, способны освоить подъем и спуск по пандусу, лестнице, преодоление канав, езду по пересеченной местности, траве, песку, разворот кресла-коляски на месте, доставание предметов с пола и полок двумя руками одновременно.

Лица с более низким уровнем компенсации функции сидения осваивают передвижение по ровной твердой поверхности вперед, назад и повороты. Они делают это по-разному в зависимости от структуры моторного и сенсорного дефицита.

### **Библиографический список**

1. Ахунова, И.Б. Реализация государственных программ транспортной доступности инвалидов и маломобильных граждан в городе Майкопе Республики Адыгея / И.Б. Ахунова, Г.А. Гук. – Текст : непосредственный // Инновационная наука. – 2016. – N 10-2. – С. 15-17.
2. Бабурин, Д.И. Создание доступной среды для инвалидов и маломобильных групп населения в сфере физической культуры и спорта / Д.И. Бабурин, В.И. Попандопуло. – Текст : непосредственный // Вестник науки и образования. – 2019. – N 1-1 (55). – С. 108-110.
3. Васильченко, Е.М. Значение социальных факторов в эффективном обеспечении инвалидов техническими средствами реабилитации. Автоматизация процесса индивидуального подбора кресла-коляски / Е.М. Васильченко, О.И. Хохлова, К.К. Карапетян и др. – Текст : непосредственный // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. – 2019. – Т. 1, N 4. – С. 45-55.
4. Виды и конструкции кресел-колясок для инвалидов. – URL: <https://cuaderno.ru/vidy-i-konstruktsii-kresel-kolyasok-dlya-invalidov/?ysclid=I9i21zq1ha818104184> (дата обращения: 21.10.2022).
5. Владимирова, О.Н. Методология создания безбарьерной среды для инвалидов и иных маломобильных групп населения / О.Н. Владимирова, И.С. Ишутина. – Текст : непосредственный // Доступная среда. – 2020. – N 1. – С. 10-15.
6. Головин, М.А. Анализ физиологических движений стабилизации в отделах позвоночника при движении по пандусу в инвалидном кресле-коляске / М.А. Головин, Е.А. Скребенков, А.А. Кольцов. – Текст : непосредственный // Физическая и реабилитационная медицина. – 2019. – Т. 1, N 1. – С. 38-41.



7. Пустовойтенко, С.И. Развитие социального туризма для людей с ограниченными возможностями здоровья / С.И. Пустовойтенко. – Текст : непосредственный // Ученые записки Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского. Экономика и управление. – 2022. – Т. 8, N 2. – С. 74-87.

8. Харева, О.С. Проблемы реализации доступной среды для инвалидов и маломобильных групп населения в Архангельской области / О.С. Харева. – Текст : непосредственный // Аллея науки. – 2019. – Т. 4, N 1 (28). – С. 187-194.

9. Шимолина, М.В. Маломобильные группы населения в современной России : аспекты социального неравенства / М.В. Шимолина. – Текст : электронный // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – N 1-1. – URL: <https://scienceeducation.ru/ru/article/view?id=18984> (дата обращения: 21.10.2022).

**Информация об авторах:** Н.Г. Коновалова – д-р мед. наук, [konovalovang@yandex.ru](mailto:konovalovang@yandex.ru), Е.Г. Дробышева, [vovan-1983@bk.ru](mailto:vovan-1983@bk.ru), И.В. Деева, [deeva-irina\\_10@mail.ru](mailto:deeva-irina_10@mail.ru)

**Information about the authors:** N.G. Konovalova – Doctor of Medicine, [konovalovang@yandex.ru](mailto:konovalovang@yandex.ru), E.G. Drobysheva, [vovan-1983@bk.ru](mailto:vovan-1983@bk.ru), I.V. Deeva, [deeva-irina\\_10@mail.ru](mailto:deeva-irina_10@mail.ru)

### **Модель оказания эффективной помощи детям с тяжелыми двигательными нарушениями. Региональный опыт**

**В.А. Жеребцова, Е.А. Григорьева, А.А. Максименко, И.В. Чибисов**

Государственное учреждение здравоохранения Тульской области «Центр детской психоневрологии», г. Тула, 300035, Россия

**Аннотация.** В статье представлены результаты работы сотрудников Центра в проекте по созданию модели оказания эффективной помощи детям с тяжелыми двигательными нарушениями с использованием методов с доказанной эффективностью. Описаны методы клинической оценки моторного развития и двигательных нарушений с использованием международных шкал, а также результатов проводимой медицинской реабилитации, принципы организации работы специалистов в мультидисциплинарной команде.

**Ключевые слова:** детский церебральный паралич, тяжелые двигательные нарушения, модель оказания комплексной помощи.

### **A model of providing effective assistance to children with severe motor disorders. Regional experience**

**V.A. Zherebcova, E.A. Grigor'eva, A.A. Maksimenko, I.V. Chibisov**

State Health Institution of the Tula region "Center of Child Psychoneurology",  
Tula, 300035, Russia

**Abstract.** The article presents the results of the work of the Center's staff in a project to create a model for providing effective assistance to children with severe motor disorders using methods with proven effectiveness. The methods of clinical assessment of motor development and motor disorders using international scales, as well as the results of medical rehabilitation, the principles of organizing the work of specialists in a multidisciplinary team are described.

**Key words:** cerebral palsy, severe motor disorders, model of comprehensive care.

**Введение.** В настоящее время наиболее значимый вклад в структуру детской инвалидности вносят болезни нервной системы и, прежде всего, детский церебральный паралич. Множество причин этого заболевания и сложности патогенеза затрудняют эффективность его лечения. Ведущим проявлением этого заболевания являются двигательные нарушения.

**Актуальность.** По данным Формы 19 Федерального статистического наблюдения «Сведения о детях инвалидах» за 2021 год число детей – инвалидов в Тульской области

составило 5034 человек, из них детей с детским церебральным параличом и другими паралитическими синдромами – 595 (11,8 %).

С учетом высокого уровня инвалидизации, а также отсутствием единого методического подхода на основе медицинских технологий с доказанной эффективностью возникла необходимость в создании модели оказания комплексной помощи детям с тяжелыми двигательными нарушениями.

*Цель:* создание модели оказания эффективной помощи детям с тяжелыми двигательными нарушениями.

*Задачи:*

1. Подбор наиболее информативных диагностических методик и шкал.
2. Разработка методики формирования SMART-цели с учетом потребности семьи и пациента.
3. Разработка комплексной программы медицинской реабилитации.

*Реализация модели.* Модель оказания эффективной помощи детям с тяжелыми двигательными нарушениями включает следующие составляющие (Рисунок 1).



Рисунок 1 – Модель оказания эффективной помощи детям с тяжелыми двигательными нарушениями

Для оценки *исходного функционального состояния* пациента используются следующие шкалы:

1. Шкала оценки глобальных моторных функций (GMFCS).
2. Функциональная шкала двигательной активности (FMS).
3. Система классификации мануальных навыков MACS.
4. SAFE – краткая оценка составляющих элементов кормления.
5. Шкала EDACS – классификация возможности безопасного приема пищи.
6. Шкала оценки уровня повышения мышечного тонуса Эшворта.
7. Шкала оценки спастичности Гардье.

Для оценки *динамики функционального состояния* пациента используются шкалы:

1. GMFM 66 – Gross Motor Function Measure (Оценка глобальных моторных функций).
2. Шкалы динамической оценки функции руки:
  - а) PMAL – Шкала оценки моторной активности верхних конечностей.
  - б) VFMF – Бимануальное функционирование тонкой моторики.
3. Матрица коммуникации.

Определение *функционального диагноза по МКФ (ICF)* – клинического инструмента для оценки потребностей, сравнения вариантов терапии, реабилитации и оценки результатов вмешательств. Использование МКФ позволяет расставить приоритеты в индивидуальной программе реабилитации и абилитации [1, с. 10].

Определение *SMART-целей*. В реабилитации детей с тяжелыми двигательными нарушениями необходимо тесное взаимодействие с семьей, учет их потребностей и пожеланий. Для определения краткосрочных задач реабилитации целесообразно формулировать так называемые SMART-цели (конкретные, измеримые, достижимые, значимые, ограниченные во времени). Концепция SMART позволяет поставить вместе с пациентом и его семьей конкретные задачи и оценить их достижение в определенном временном промежутке.

*Постуральный менеджмент, позиционирование, подбор технических средств*. Программы постурального менеджмента направлены на стимуляцию когнитивного развития, общения, развитие функциональных навыков и самостоятельной активности ребенка, предотвращение вторичных ортопедических деформаций. В практической работе применяются рекомендации по обеспечению техническими средствами реабилитации детей с двигательными нарушениями с учетом уровня функционирования и возраста.

*Оценка функции глотания, нутритивная поддержка и коррекция процесса кормления*. Важным аспектом реабилитации детей с ДЦП является правильная организация процесса кормления. Специалисты проводят оценку и формируют рекомендации по коррекции позиционирования ребенка в процессе кормления, нутритивного статуса, рациона. Самым грозным осложнением нарушений является дисфагия (нарушение глотания), приводящая к аспирации. Для подтверждения дисфагии проводится видеофлюороскопия. При выявлении аспирации рекомендуется кормление через зонд или гастростому.

*Коррекция спастичности*. Ведущим и наиболее эффективным методом лечения спастичности у детей с оптимальным профилем безопасности является ботулинотерапия [2, с. 57; 3, с. 7; 4, с. 255].

Помимо ботулинотерапии важной составляющей программы комплексной медицинской реабилитации пациентов с двигательными нарушениями является функциональное ортезирование (серийное гипсование) [5, с. 6].

Физическая реабилитация включает: методы позиционирования; кинезиотерапию; механотерапию; роботизированную механотерапию; метод динамической проприоцептивной коррекции; функциональную программируемую электростимуляцию мышц в ходьбе (ФПЭС); идрокинезиотерапию.

Роботизированный комплекс «Локомат» применяется для восстановления (становления) навыков ходьбы, улучшения повседневной двигательной активности у пациентов с двигательным дефицитом.

Функционально программируемая электростимуляция мышц в ходьбе применяется для восстановления (становления) биомеханики ходьбы, улучшение повседневной двигательной активности у пациентов с мышечным дефицитом.

*Развитие альтернативной и аугментативной коммуникации*. Использование альтернативной коммуникации позволяет в значительной степени расширить коммуникативные возможности неговорящих детей. Подбор форм альтернативной коммуникации для ребенка зависит от его индивидуальных особенностей: от поощрения «намеренного» коммуникативного поведения, карточек PECS, коммуникаторов до высокотехнологичных систем «Нейрочат» и «Айтрекер».

*Домашние реабилитационные программы* позволяют семье активно включаться и продолжать процесс непрерывной реабилитации в естественных для ребенка социальных условиях. Индивидуальная программа домашней реабилитации включает различные формы двигательных активностей, помогающих формировать и расширять двигательные возможности ребенка посредством вспомогательных средств и приспособлений. С этой же целью специалисты центра проводят дистанционное консультирование пациентов.

**Выводы.** Мультидисциплинарный подход считается эталонным в осуществлении любой реабилитационной помощи. Каждый специалист реабилитационной команды несет ответственность за сферу своей профессиональной деятельности, а лечащий врач координирует работу всех специалистов и отвечает за реабилитацию в целом – ее полноту, своевременность, соответствие нуждам пациента. Эффективная реабилитационная помощь детям с тяжелыми двигательными нарушениями осуществляется на следующих принципах:

- работа с семьей, повышение уровня осведомленности родителей о характере заболевания, современных методах реабилитации;
- оценка исходного функционального уровня и его динамики с использованием объективных шкал;
- постановка SMART-целей для каждого этапа реабилитации;
- использование методов реабилитации с доказанной эффективностью;
- правильное позиционирование, подбор качественных технических средств реабилитации и обучение родителей их использованию;
- оценка функции глотания, нутритивная поддержка и коррекция процесса кормления;
- использование альтернативной и дополнительной коммуникации.

### Библиографический список

1. Змановская, В.А. Приоритезация методов реабилитации детей с ДЦП с позиций доказательной медицины и МКФ / В.А. Змановская. – Текст : электронный // Коррекция двигательных нарушений в комплексе медицинской абилитации детей, больных детским церебральным параличом : материалы науч-практ. конф. с междунар. участием ; Санкт-Петербург, 20-21 ноября 2019 года / ФГБУ «НИДОМ им. Г.И. Турнера» Минздрава России, Протезно-ортопедический центр «Сколиолоджик.ру» ; гл. ред. А.Г. Баиндурашвили. – СПб. : Научное издание технологий, 2019. – N 1. – С. 7. – URL: <https://publishing.intelgr.com/archive/korreksiya-dvigatelnyih-narusheniy-detey.pdf> (дата обращения; 24.11.2022).
2. Ключкова, О.А. Опыт многоуровневых повторных инъекций ботулинистического токсина типа А при спастических формах детского церебрального паралича / О.А. Ключкова [и др.]. – Текст : электронный // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2014. – N 9-10. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-mnogourovnevnyh-povtornyh-inektsiy-botulinicheskogo-toksina-tipa-a-abobotulinum-toxin-a-pri-spasticheskikh-formah-detskogo/viewer> (дата обращения: 27.10.2022).
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 июня 2015 N 349н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при детском церебральном параличе (фаза медицинской реабилитации)». – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения; 27.10.2022) – Текст : электронный.
4. Семёнова, Е.В. Реабилитация детей с ДЦП : обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам / Е.В. Семёнова, Е.В. Ключкова, А.Е. Коршикова-Морозова, А.В. Трухачёва, Е.Ю. Заблоцкис. – М. : Лепта Книга, 2018. – 584 с. – Текст : непосредственный.
5. Novak I, Morgan C, Fahey M, Finch-Edmondson M, Galea C, Hines A, Langdon K, Namara MM, Paton MC, Popat H, Shore B, Khamis A, Stanton E, Finemore OP, Tricks A, Te Velde A, Dark L, Morton N, Badawi N. State of the Evidence Traffic Lights 2019: Systematic Review of Interventions for Preventing and Treating Children with Cerebral Palsy.// Current Neurology and Neuroscience Reports. – 2020. Vol. 20.

**Информация об авторах:** В.А. Жеребцова – д-р биол. наук, [valentina.zherebcova@tularegion.org](mailto:valentina.zherebcova@tularegion.org),  
Е.А. Григорьева, [elena.grigoreva2@tularegion.org](mailto:elena.grigoreva2@tularegion.org), А.А. Максименко, [anna.maksimenko2@tularegion.org](mailto:anna.maksimenko2@tularegion.org),  
И.В. Чибисов, [ilya.chibisov@tularegion.org](mailto:ilya.chibisov@tularegion.org)

**Information about the authors:** V.A. Zherebcova – Doctor of Biological Sciences, [valentina.zherebcova@tularegion.ru](mailto:valentina.zherebcova@tularegion.ru),  
E.A. Grigor'eva, [elena.grigoreva2@tularegion.org](mailto:elena.grigoreva2@tularegion.org), A.A. Maksimenko, [anna.maksimenko2@tularegion.org](mailto:anna.maksimenko2@tularegion.org),  
I.V. Chibisov, [ilya.chibisov@tularegion.org](mailto:ilya.chibisov@tularegion.org)

**Комплексный подход в обеспечении равных возможностей инвалидам  
с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата  
(из опыта работы АУ «Сургутский социально-оздоровительный центр»)**

**И.С. Соловьева, А.О. Скитецкая, М.В. Соловьева**

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры  
«Сургутский социально-оздоровительный центр», г. Сургут, 628400, Россия

**Аннотация.** В статье сделан акцент на значимости и важности проведения реабилитационных процедур в отношении инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, в том числе перенесших ампутацию конечностей, для создания условий к полноценной жизни и повышения уровня жизнедеятельности.

**Ключевые слова:** инвалидность, ограничение жизнедеятельности, комплексная реабилитация, восстановление, качество жизни.

**An integrated approach to ensuring equal opportunities for people  
with disabilities with impaired function of the musculoskeletal system  
(from the experience of the AU «Surgut Social and Health Center»)**

**I.S. Solovieva, A.O. Skiteckaya, M.V. Solovieva**

Surgut Social and Health Center, Surgut, 628400, Russia

**Abstract.** The article emphasizes the significance and importance of carrying out rehabilitation procedures for people with disabilities with impaired functions of the musculoskeletal system, including those who have undergone amputation of limbs, to create conditions for a full life and improve the level of life.

**Key words:** disability, disability, comprehensive rehabilitation, recovery, quality of life.

Инвалидность – важная социальная проблема, решать которую приходится каждому обществу. В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 24 ноября 1995 N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (далее – ФЗ-181) инвалид – «это лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты» [2].

ФЗ-181 определяет государственную политику в области социальной защиты инвалидов в Российской Федерации, целью которой является обеспечение равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией Российской Федерации. Приоритетным в социальной политике государства в отношении инвалидов признано реабилитационное направление, понимаемое как система мер, направленная на восстановление социального статуса, достижение человеком максимальной самостоятельности и готовности к независимой и равноправной жизни [3, с. 237].

Маломобильные граждане, с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, остро нуждаются в предоставлении им со стороны государства различных видов пролонгированной помощи и услуг, соответствующих их социальным потребностям, для обеспечения полноценного участия в жизни общества [1, с. 197].

В целом реабилитация инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата – это, безусловно, длительный процесс, который включает в себя этапы от оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения до проведения в учреждениях социального обслуживания восстановительных мероприятий: от навыков самообслуживания, до восстановления трудоспособности в целом. К сожалению, имеют место случаи окончания реабилитации инвалидов по завершении медицинских процедур. Поэтому деятельность

по «возвращению» инвалида, с нарушением функций опорно-двигательного аппарата, к полноценной жизни и самообеспечению (по возможности) приобретает особую актуальность.

В марте 2012 г. Департаментом социального развития Ханты-Мансийского автономного округа – Югры с целью организации качественной социальной помощи и реабилитации инвалидов, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата, в том числе перенесших ампутацию, обеспечения им равной доступности в получении необходимых для жизнеобеспечения социальных услуг, на базе автономного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский социально-оздоровительный центр» (далее – Учреждение) создано отделение социальной адаптации инвалидов, мощностью 10 койко-мест (далее – Отделение).

Отделение осуществляет социальное обслуживание, реабилитацию и адаптацию инвалидов, старше 18 лет, проживающих на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, признанных нуждающимися в социальном обслуживании, с сохраненным интеллектом, имеющих нарушения функций опорно-двигательного аппарата, в том числе перенесших ампутацию и нуждающихся в протезировании (первично, повторно), в полустационарной форме, в условиях круглосуточного пребывания. Общее количество инвалидов, прошедших реабилитацию в Отделении за 2012 – 9 месяцев 2022 гг. составило 849 человек, из них, с ампутацией конечностей – 314 человек.

Основное направление деятельности Отделения – это оказание инвалидам данной целевой категории комплексной помощи, направленной на достижение максимально возможного уровня способностей к бытовой, общественной и профессиональной деятельности, предоставление инвалидам возможности самим без посторонней помощи передвигаться, участвовать в мероприятиях, посещать театры, совершать покупки в магазинах, аптеках, преодолевая при этом все «барьеры». Принцип «комплексности» заключается в последовательности и непрерывности проведения реабилитационных мероприятий различной направленности (психологических, социальных и иных).

Сотрудники Отделения (психолог, специалист по комплексной реабилитации (реабилитолог), инструктор по адаптивной физкультуре, ассистент по оказанию технической помощи), предоставляющие услуги инвалидам, являются опытными квалифицированными специалистами, регулярно повышающими свою профессиональную компетентность, внедряющие в деятельность Отделения новые технологии, формы и методы работы.

*Первоначально*, в рамках организации качественного обслуживания маломобильных инвалидов, особое внимание в Учреждении уделяется обеспечению доступности физического и реабилитационного пространства лицам с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, передвигающихся с использованием различных технических средств реабилитации (трость, ходунки, кресла-коляски). Работа по повышению показателей доступности помещений Учреждения и предоставляемых услуг находится на особом контроле и осуществляется путем проведения адаптационных мероприятий по всем структурно-функциональным зонам, в том числе:

- обеспечено наличие специализированного автотранспорта с гидроподъемником, предназначенного для трансфера инвалидов;
- обустроена специализированная автостоянка с соответствующими дорожными знаками и разметкой;
- организована система вызова персонала в комнатах проживающих и в местах общего пользования;
- на путях движения в Учреждении предусмотрены пандусы с тактильным покрытием;
- имеется подъемное устройство (лифт) и др.

Кроме того, в Учреждении систематизирована работа по оказанию ситуационной помощи инвалидам, с учетом ограничений жизнедеятельности: утверждено Положение об оказании ситуационной помощи, назначены ответственные лица (с учетом взаимозаменяемости).

*Следующим* направлением в повышении эффективности реабилитации инвалидов

с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, является оснащение Учреждения современным оборудованием реабилитационного и восстановительного назначения.

Брусья и лестницы используются в зале лечебной физкультуры инструктором по адаптивной физкультуре на занятиях с инвалидами по обучению передвижению на протезах, развитию навыков равновесия, выполнению шаговых упражнений, имитирующих ходьбу по ступенькам. Кроме того, в зале лечебной физкультуры установлены: многофункциональный аппарат Бубновского; иные тренажёры для разработки и укрепления мышц, восстановления двигательной и физической активности инвалидов.

Роботизированный комплекс реабилитации получателей социальных услуг «E-Helper» (Экзоскелет) и тредмил с биологической обратной связью серии «ReaТerra» с системой разгрузки применяются на занятиях с инвалидами\* по восполнению утраченных функций (двигательной активности и возможности передвижения), увеличению силы мышц и расширению амплитуды движений. Совместное применение Экзоскелета с тредмилом «ReaТerra» повышает безопасность реабилитационного процесса; тредмил с помощью инфракрасных датчиков автоматически подстраивается под скорость движения экзоскелета.

**\*Примечание:** За исключением граждан, перенесших ампутацию, (инсульт, ДЦП и др.).

В комнате оккупациональной терапии проводятся занятия по восстановлению навыков, необходимых в повседневной жизни (возможность открывать и закрывать замки, пользоваться бытовыми электрическими приборами, самостоятельно одеваться).

Для восстановления, укрепления и поддержания психосоматического состояния клиентов используются:

- сенсорная комната – для улучшения и укрепления психологического здоровья инвалидов, релаксации и активизации психоэмоционального состояния, обучения саморегуляции;
- коктейлер кислородный LDPE BAG Армед, концентратор кислорода «Армед» 7F-5L; гало-комплекс; аппарат для гипоксии-гипероксической терапии «Oxyterra», аппаратно-программный комплекс с элементами виртуальной реальности «Девирта», магнитотерапия «Алмаг-01», «Алмаг-02», «Полюс-2», «Полимаг-02М»; аппарат квантовой терапии «Витязь».

Для проведения водных процедур в Учреждении предусмотрена водолечебница со следующим оборудованием: ванна струйноконтрастная «Истра-4К» с подъемником, ванны контрастные, циркулярный душ.

*Третье* и основное составляющее в реабилитации инвалидов – это методическое обеспечение процесса реабилитации – наличие разработанных методических продуктов (программы, проекты, технологии), обеспечивающие целостность реабилитационного процесса, начиная с мероприятий по мотивации клиента – до организации психологического сопровождения инвалидов, в том числе прошедших протезирование конечностей.

В Отделении разработаны и успешно функционируют инновационные программы по реабилитации инвалидов, которые обозначены как первый, второй и третий этапы реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, в том числе перенесших ампутацию и нуждающихся в обучении пользованию протезно-ортопедическими изделиями:

1-ый этап. Инновационная программа психологического сопровождения инвалидов с нарушением функций опорно-двигательного аппарата «Уверенный шаг». Целью программы является распознавание и активизация внутренних психологических ресурсов инвалида с нарушением функций опорно-двигательного аппарата, формирование мотивации инвалида для успешной реабилитации и адаптации к его новым средовым условиям. Психолог в процессе работы с инвалидами, перенесшими ампутацию, формирует мотивацию и поддерживает оптимальную заинтересованность инвалида в процессе реабилитации.

2-ой этап. Комплексная инновационная программа обучения ходьбе на протезах «Движение без границ». Данная программа позволяет выбрать оптимальный комплекс реабилитационных упражнений для обучения инвалида ходьбе на протезах, с учетом его потребностей, индивидуальных особенностей, рекомендаций социального раздела индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида. Конечной целью

реабилитации инвалидов, с ампутацией нижних конечностей, является компенсация утраченной функции организма, то есть выработка стереотипа передвижения и доведение до автоматизма приобретенных навыков ходьбы.

3-ий этап. Программа дистанционного сопровождения реабилитации и адаптации инвалидов, перенесших ампутацию, «Шагаем вместе» для закрепления полученных навыков ходьбы с использованием протеза до автоматизма. По возвращению домой после курса реабилитации, инвалиды, перенесшие ампутацию конечностей, находятся под постоянным наблюдением реабилитологов, специалистов по адаптивной физкультуре комплексных центров социального обслуживания населения по месту жительства. Сотрудниками Отделения установлены «обратная связь» и дистанционное методическое сопровождение.

Учреждением, в целях обеспечения пролонгированной работы с целевой группой по месту жительства для закрепления полученных навыков ходьбы с использованием протезов, организованы и проведены 5 стажировочных площадок для сотрудников комплексных центров социального обслуживания населения, подведомственных Департаменту социального развития Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

По итогам реабилитационных мероприятий, проводимых в Отделении с 2012 по 2022 гг., из 314 инвалидов, перенесших ампутацию конечностей, имеют положительные результаты 213 человек, что составляет 67,8 %. Данные граждане прошли протезирование, у них сформированы навыки ходьбы и частично восстановлены способности к бытовой, общественной и профессиональной деятельности (за 2022 г. положительная динамика была достигнута у 71,4 % инвалидов).

Данные показатели, за каждым из которых стоит судьба маломобильного гражданина, были достигнуты в результате тесного сотрудничества и конструктивного взаимодействия с нашими социальными партнерами – организациями, участвующими в реабилитации инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата. Это:

1. Сургутский филиал государственного предприятия Ханты-Мансийского автономного округа – Югры ОАО «Реабилитационно-технический центр».
2. Сургутский филиал ООО «Центр протезирования и реабилитации».
3. Сургутский филиал «Югорский реабилитационно-технический центр».
4. ООО «Реабилитационно-оздоровительный центр «Жемчужина Югры».
5. Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр адаптивного спорта».

Таким образом, в автономном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский социально-оздоровительный центр» созданы условия для оказания качественной социальной помощи и реабилитации инвалидов, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата, в том числе перенесших ампутацию, обеспечения им равной доступности в получении необходимых для жизнеобеспечения социальных услуг.

#### Библиографический список

1. Павленок, П.Д. Основы социальной работы : Учебник / Отв. ред. П.Д. Павленок. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : ИНФРА-М, 2002 – 395 с. – Текст : непосредственный.
2. **Российская Федерация. Законы.** О социальной защите инвалидов в Российской Федерации : Федеральный закон N 181-ФЗ от 24 ноября 1995 года. – URL: <https://mintrud.gov.ru/docs/laws/75> (дата обращения: 12.10.2022). – Текст : электронный.
3. Холостова, Е.И. Теория социальной работы : Учебник / Под. ред. проф. Е.И. Холостовой. – М. : Юристъ, 2001. – 334 с. – Текст : непосредственный.

**Информация об авторах:** И.С. Соловьева, [SolovyovaIS@admhmao.ru](mailto:SolovyovaIS@admhmao.ru), А.О. Скитецкая, [SkiteckayaAO@admhmao.ru](mailto:SkiteckayaAO@admhmao.ru), М.В. Соловьева, [SolovevaMV@admhmao.ru](mailto:SolovevaMV@admhmao.ru)

**Information about the authors:** I.S. Solovieva, [SolovyovaIS@admhmao.ru](mailto:SolovyovaIS@admhmao.ru), A.O. Skiteckaya, [SkiteckayaAO@admhmao.ru](mailto:SkiteckayaAO@admhmao.ru), M.V. Solovieva, [SolovevaMV@admhmao.ru](mailto:SolovevaMV@admhmao.ru)



## **Опыт психологической работы с пациентами, страдающими болезнью Пертеса, в отделении медицинской реабилитации «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой»**

**И.П. Калюжный, К.В. Парамонова**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области  
«Областная детская клиническая больница имени Н.Н. Силищевой»,  
г. Астрахань, 414052, Россия

**Аннотация.** Общество, на современном этапе своего развития, так и не смогло разрешить проблему, связанную с высокой степенью инвалидизации, обусловленной болезнями опорно-двигательной системы. Данные заболевания сильно усложняют эффективную социальную адаптацию человека, внося значительные трудности в его повседневную жизнедеятельность. А в случаях, когда такая патология затрагивает жизнь ребенка, можно говорить о крайне выраженных нарушениях, вторгающихся во все ключевые аспекты социально-психологического и соматического статусов. Одной из наиболее опасных нозологий, подходящих под вышеуказанное описание, является болезнь Легг-Кальве-Пертеса. Она занимает одну из лидирующих позиций в современном мире, способствуя серьезной социальной дезадаптации и инвалидизации. Вероятность получения инвалидности человеком, страдающим болезнью Пертеса, в разы выше, чем при прочих патологиях опорно-двигательной системы. Распространенность данной нозологии имеет высокие показатели и в детском возрасте, что только подчеркивает необходимость создания максимально эффективной стратегии лечения и реабилитации страдающих этой болезнью. Значительная роль, в этих процессах, должна отводиться психологической работе с пациентом, независимо от его возрастного периода и тяжести заболевания. В статье уделено внимание психологическим мероприятиям с детьми, имеющими диагноз – болезнь Легг-Кальве-Пертеса, которые были реализованы в отделении медицинской реабилитации.

**Ключевые слова:** медицинская реабилитация, психологическая реабилитация, болезнь Пертеса, психологическое консультирование, психологическая коррекция, психологическое сопровождение.

## **Experience of psychological work with patients suffering from Perthes' disease in the department of medical rehabilitation of the «RCCH named after N. N. Silishcheva»**

**I.P. Kalyuzhny, K.V. Paramonova**

State Budgetary Healthcare Institution of the Astrakhan region «Regional Children's Clinical Hospital named after N.N. Silishcheva», Astrakhan, 414052, Russia

**Abstract.** Society, at the present stage of its development, has not been able to solve the problem associated with a high degree of disability caused by diseases of the musculoskeletal system. These diseases greatly complicate the effective social adaptation of a person, introducing significant difficulties into his daily life. And in cases where such pathology affects the life of a child, we can talk about extremely pronounced violations that invade all key aspects of socio-psychological and somatic statuses. One of the most dangerous nosologies that fit the above description is Legg-Calve-Perthes disease. It occupies one of the leading positions in the modern world, contributing to serious social maladaptation and disability. The probability of disability for a person suffering from Perthes' disease is several times higher than for other pathologies of the musculoskeletal system. The prevalence of this nosology has high rates in childhood, which only emphasizes the need to create the most effective strategy for the treatment and rehabilitation of Legg-Calve-Perthes disease. A significant role in the above processes should be given to psychological work with the patient, regardless of his age period and the severity of the disease. In this paper, we would like to focus on those psychological measures that

were implemented in the department of medical rehabilitation with children diagnosed with Perthes disease. The child, representing an unformed personality, still, due to his age, cannot productively cope with the psychological and social difficulties that this disease presents. In such a situation, psychological work is an obligatory component of a comprehensive treatment or rehabilitation process.

**Keywords:** medical rehabilitation, psychological rehabilitation, Perthes' disease, psychological counseling, psychological correction, psychological support.

Детская ортопедия является достаточно широкой и актуальной областью практического применения многих научных знаний из сферы психологии. Это обусловлено определенным рядом факторов, возникающих в жизни ребенка при столкновении с данными патологиями. В комплексе таких изменений можно выделить: резкое и радикальное изменение привычного образа жизни, необходимость подчинить всю внешнюю и внутреннюю деятельность определенной лечебной или реабилитационной цели, серьезное психотравмирующее воздействие на еще не до конца сформированные, психологические механизмы защиты [1].

Приняв во внимание все вышесказанное, можно утверждать, что болезнь Легг-Кальве-Пертеса (далее – болезнь Пертеса) является одним из наиболее тяжелых примеров того, как заболевание опорно-двигательного аппарата может отразиться на всех внешних и внутренних компонентах жизни ребенка [4].

Распространенность болезни Пертеса в группе нозологий, связанных с тазобедренным суставом, составляет от 25 % до 30 %. Однако, если брать данные исключительно всего комплекса детской ортопедической патологии, то с этим заболеванием сталкиваются от 0,17 % до 1,9 % детей. Отмечаются особенности структуры заболеваемости по половому признаку – болезнь Пертеса наблюдается у девочек значительно реже, чем у мальчиков. Причем, данное отличие достигает разницы в 4-5 раз, что достаточно существенно при статистическом подходе [3].

Продолжительность заболевания крайне индивидуальна, ведь, на данном этапе развития медицинских технологий отсутствует единственно верный, с точки зрения эффективности, способ лечения и последующей реабилитации болезни Пертеса. В большинстве случаев, при консервативном вмешательстве, можно видеть промежуток, равный 4 годам. Однако стоит отметить и тот аспект, что доля отрицательных результатов, полученных в процессе лечения и реабилитации, равняется 42 %. Это, лишний раз, подтверждает мнение об уникальности каждого конкретного медицинского случая и оставляет пространство для дальнейшего совершенствования работы с болезнью Пертеса [2].

Значительная распространенность этой болезни, высокий риск инвалидности, необходимость долгосрочного и дорогостоящего медицинского вмешательства являются ключевыми факторами, детерминирующими ее значимость. Все это доказывает, что болезнь Пертеса продолжает оставаться актуальной проблемой, а значит и лечение, совместно с реабилитацией, должны быть максимально современными и эффективными [5].

Одним из ведущих компонентов любого медицинского или реабилитационного вмешательства является психологическая составляющая [6]. В описываемом случае, при болезни Пертеса, работа психолога становится неотъемлемой частью комплексного процесса помощи пациенту. Основная цель данной статьи: показать на основании накопленного практического опыта, каким образом разнообразные виды психологической деятельности, реализованные профильным и компетентным специалистом, могут значительно повысить продуктивность реабилитационного процесса, проводимого с детьми, страдающими болезнью Пертеса.

Поступая в отделение медицинской реабилитации ГБУЗ Астраханской области «Областной детской клинической больницы им. Н.Н. Силищевой» (далее – ОДКБ им. Н.Н. Силищевой), каждый пациент осматривается мультидисциплинарной командой. Клинический психолог является постоянным членом такой бригады специалистов, что предполагает контакт психолога с каждым ребенком. Детям, поступившим с болезнью Пертеса, составляется индивидуальная психологическая программа, охватывающая весь реабилитационный период. Данная программа не является чем-то статичным, она может

корректироваться в динамике, в зависимости от многих факторов. Это могут быть: уникальные особенности личности ребенка, консультации смежных специалистов, резкие изменения в эффективности реабилитационной программы, ситуативные социальные или бытовые аспекты, предложения и пожелания пациента (или его родственников) и т.п. Психологическая работа с такими детьми очень вариабельна и включает весь спектр видов психологической деятельности: психодиагностические процедуры, индивидуальные или групповые консультации, коррекционные занятия, психопрофилактические и психопросветительские мероприятия и т.д.

Психологическое консультирование является одним из самых эффективных вариантов деятельности психолога. Ребенок, страдающий болезнью Пертеса, в большинстве случаев уже находится под влиянием сильнейшего психотравмирующего фактора. Вся его привычная жизнь осталась в прошлом, теперь он поставлен перед фактом: чтобы вернуться к прежнему образу жизни, необходимо все свое «настоящее» подчинить одной единственной цели – тотальному соблюдению всех актуальных медицинских рекомендаций. Первоначальные консультативные беседы направлены на дополнение психодиагностических мероприятий. Информация, получаемая в рамках этого, позволяет подтвердить результаты психодиагностики. Зачастую, сюда можно отнести следующие аспекты: непродуктивные варианты внутренней картины болезни, повышенные показатели ситуативной и личностной тревожности, страхи и фобические составляющие, манипулятивные поведенческие паттерны, недостаточность волевого компонента, низкую мотивацию к реабилитационному процессу и т.д. На момент окончания диагностического этапа, более конкретно, намечаются задачи психологического вмешательства.

Помимо этого, психологическое консультирование позволяет отреагировать весь тот объем эмоций, который был накоплен пациентом за время пребывания в болезненном состоянии. Не редкость, когда активное развитие болезни Пертеса может быть спровоцировано получением физической травмы. Сама по себе, травматическая ситуация, часто, уходит на задний план под влиянием изменений в образе жизни. В процессе беседы, ребенок получает возможность выплеснуть все чувства, долгое время находящиеся в сфере бессознательного. Это достигается в несколько этапов. Затрагивание эмоциональных аспектов – процесс достаточно медленный и требует плавного перехода от установления доверительного контакта к обсуждению травмирующей ситуации. Важность данного аспекта трудно переоценить, ведь неотрагированные чувства и эмоции только усугубляют общее психологическое состояние пациента. Поэтому, клиническому психологу, по ходу своей деятельности, в обязательном порядке нужно затронуть не только фактическую сторону возникновения заболевания, но и разобраться в отношении ребенка к этому аспекту.

Следующим, не менее эффективным, способом психологического воздействия является – психологическая коррекция. Именно коррекционные технологии позволяют специалисту-психологу кардинально менять отдельные составляющие комплексного психологического состояния пациента. В отделении медицинской реабилитации «ОДКБ им. Н. Н. Силищевой» широко практикуются релаксационные методики, позволяющие, в максимально оперативные сроки, повлиять на важнейшие аспекты реабилитационного процесса, зависящие от пациента. К примеру, помещение ребенка, страдающего болезнью Пертеса, в сенсорную комнату дает следующие результаты: снижение показателей ситуативной и личностной тревожности, усиление продуктивных механизмов психологической защиты, снижение выраженности нарушений эмоциональной сферы (страхов и фобий) и т.п. Все это способствует формированию продуктивной картины болезни и устранению ее неэффективных элементов.

Помимо этого, психологическое консультирование и психокоррекция зачастую дополняются элементами психопросвещения и психопрофилактики. Наш практический опыт свидетельствует о том, что ребенок, страдающий болезнью Пертеса, сталкивается с тем, что многие вопросы, связанные с его заболеванием, остаются без ответа. Причина этого не в низком качестве работы медицинских специалистов, а в особенностях детской психики. Дети могут испытывать страх или стыд за те аспекты своего состояния, которые могут показаться взрослым вполне обычными. В свою очередь, клинический психолог, как

специалист, устанавливающий доверительные отношения с ребенком, слышит эти вопросы и должен уметь дать на них компетентный ответ, либо создать условия комфортного взаимодействия врача и пациента, если необходимые знания не пересекаются с его квалификацией. В нашем случае, это могут быть следующие вопросы: «Как долго мне еще предстоит проходить лечение?», «Смогу ли я ходить?», «Правильно ли я лечусь?» и т.п.

Отдельное внимание уделяется рекомендациям по регулированию психологического состояния в домашних условиях. Данная информация может быть предоставлена как самому пациенту, так и его родственникам. Если запрос исходит от ребенка, то это может касаться: устранения негативных мыслей, связанных с заболеванием; нахождения мотивации к восстановительным занятиям в домашних условиях; коррекции собственных непродуктивных эмоциональных реакций и т.д. Обсуждение заявленных аспектов имеет чрезвычайно важный характер, ведь большую часть времени пациент проводит дома, а значит нельзя допустить, чтобы был потерян данный промежуток. Он может принести пользу, в рамках эффективной реабилитации болезни Пертеса, не меньше, чем посещение стационарного отделения.

В случаях, когда запрос исходит от родителя (законного представителя), характер рекомендаций меняется. Чаще всего, родителей (законных представителей) детей, имеющих данную патологию, интересует наиболее продуктивная модель реагирования: на острые эмоциональные реакции ребенка, обусловленные отношением к заболеванию; на ситуативные мыслительные конструкции, детерминированные недостаточным количеством информации о болезни; на манипуляции, развившиеся вследствие длительных и частых госпитализаций; на снижение работоспособности имеющегося мотивационного конструкта и т.д. Ребенок нуждается в близком человеке всегда. Однако, в ситуации развития болезни Пертеса потребность в поддержке и понимании становится максимально необходимой. Не каждый родитель способен, используя свой собственный жизненный опыт, оказать эту помощь в полной мере. Зачастую, требуются профессиональные рекомендации от компетентного специалиста, которые, как отмечалось выше, являются неотъемлемой частью работы клинического психолога в отделении медицинской реабилитации «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой» с детьми, имеющими диагноз болезнь Пертеса.

Таким образом, обобщая вышесказанное, можно утверждать, что психологическое состояние ребенка, страдающего болезнью Пертеса, оказывает непосредственное влияние на эффективность реабилитационного процесса. Стабилизация этого фактора достигается за счет коррекции каждого единичного аспекта, приносящего деструктивный эффект. Данные аспекты максимально разнообразны и носят индивидуальный характер. Не существует двух пациентов с болезнью Пертеса, имеющих одинаковые психологические трудности. Поэтому работа с такими детьми всегда уникальна и требует широких познаний специалиста в самых разнообразных областях. Именно это и требуется от клинического психолога, цель работы которого – помочь ребенку морально справиться с таким серьезным психотравмирующим событием. В его арсенале присутствует достаточный спектр методов, варьируемый от одного клинического случая к другому. Однако, основываясь на нашем практическом опыте, можно констатировать, что наиболее сильный эффект получается в ситуации комплексного сочетания самых разнообразных видов психологического вмешательства, опирающегося на динамические изменения в психологическом состоянии ребенка, страдающего болезнью Легг-Кальве-Пертеса, в процессе реабилитации.

#### **Библиографический список**

1. Кужеливский, И.И. Болезнь Пертеса : современное состояние проблемы и пути ее решения / И.И. Кужеливский. – Текст : непосредственный // Сибирский медицинский журнал. – 2015. – N 4. – С.117-120.
2. Ларев, М.Ю. Остеохондропатия головки бедренной кости (Болезнь Легга-Кальве-Пертеса) / М.Ю. Ларев, Н.В. Ларева. – Текст : непосредственный // Забайкальский медицинский журнал. – 2019. – N 1. – С.7-17.

3. Любчик, В.Н. Оценка медицинской результативности санаторно-курортного лечения у детей с болезнью Легг-Кальве-Пертеса / В.Н. Любчик, И.А. Озеров, Е.Г. Семеняк. – Текст : непосредственный // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2018. – N 2. – С.108-109.

4. Рахимов, Ж.Т. Анализ тактики лечения патологий тазобедренного сустава у детей / Ж.Т. Рахимов, О.А. Усмонхонов. – Текст : непосредственный // SPIRIT TIME. – 2018. – N 5-1 (5). – С. 14-15.

5. Рубашкин, С.А. Дегенеративные заболевания тазобедренных суставов у детей / С.А. Рубашкин, А.В. Сертакова, М.М. Дохов, М.Х. Тимаев. – Текст : непосредственный // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. – 2018. – N 2. – С. 21.

6. Тарасов, Н.И. Современный взгляд на болезнь Легга-Кальве-Пертеса у детей / Н.И. Тарасов, Д.Ю. Выборнов, Ю.И. Лозовая, Н.И. Трусова [и др.]. – Текст : непосредственный // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2021. – Том 11, N 3,S. – С. 147.

**Информация об авторах:** И.П. Калюжный, *iv.kalyuzhny@yandex.ru*, К.В. Парамонова – канд. мед. наук, *shaposhnikova\_ks@mail.ru*

**Information about the authors:** I.P. Kalyuzhny, *iv.kalyuzhny@yandex.ru*, K.V. Paramonova – Candidate of Medicine, *shaposhnikova\_ks@mail.ru*

### **Использование биопотенциалов сохранных мышц верхних конечностей при вялых парезах как сигналов управления их активными ортезами**

**О.Л. Белянин, В.Ф. Николаев, В.А. Большаков, Е.О. Гордиевская, Г.Н. Буров**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, 195067, Россия

**Аннотация.** *Цель исследования:* рассмотреть возможность обработки биопотенциалов сохранных мышц верхней конечности инвалидов с вялыми парезами для формирования входного сигнала управления их активным ортезом (АО).

*Материал и методы.* У 30 инвалидов с вялыми парезами различной этиологии и степени выраженности снимали электроактивность функционально сохранных мышц. Анализировали структуру электромиограмм по характеру активности. Для увеличения «плотности» сигнала полученные электромиограммы дифференцировали. Затем их детектировали и интегрировали для получения огибающей процесса, которая может быть использована в качестве сигнала управления приводами активного ортеза.

*Результаты.* В зависимости от вида патологии структура ЭМГ имела свои особенности. Однако общей характерной чертой всех нарушений, существенных для использования биопотенциалов мышц как сигналов управления активным ортезом, является их выраженная деструкция, нерегулярность и низкая выносливость к статическим, тоническим нагрузкам. Метод дифференцирования исходной электроактивности паретичных мышц с дальнейшим преобразованием такого «уплотнённого» процесса в устойчивый монополярный сигнал позволяет использовать его для управления приводами активного ортеза. Полученный сигнал приобретает свойство линейной зависимости преобразованной электроактивности мышц от развиваемого ими усилия в различных режимах активации.

*Выводы.* Для различных типов вялых парезов характерно большое разнообразие нарушений электроактивности. При этом наблюдаются нарушения структуры, снижение амплитуды и частоты, появление специфических элементов («арочные» ритмы, гиперсинхронные спайки). Для использования такой электроактивности в качестве сигнала управления приводами активных ортезов необходимо их преобразование в интегрированный монополярный сигнал данной мышцы по задаче движения, для этого используется дифференцирование исходной

электроактивности для увеличения её плотности, фильтрации нетипичных элементов, детектирования и интегрирования процесса до «гладкой» огибающей.

**Ключевые слова:** вялый парез, электроактивность мышц, детектирование, фильтрация, интегрирование, активный ортез, управление.

### **The biopotentials use of safe muscles of the upper limbs with flaccid paresis as signals for direction their active orthoses**

**Oleg L. Belyanin, Veniamin F. Nikolaev, Vladimir A. Bolshakov,  
Elena O. Gordievskaya, Gennady N. Burov**

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Center for the Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht" of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation, St. Petersburg, 195067, Russia

**Abstract.** *Purpose of the study.* Consider the possibility of processing the biopotentials of safe muscles of the upper limb of disabled people with flaccid paresis to form an input signal for their active orthosis (AO). *Material and methods.* In 30 disabled patients with flaccid paresis of various etiology and severity, the electrical activity of functionally intact muscles was recorded. The structure of electromyograms was analyzed according to the nature of activity. To increase the "density" of the signal, the obtained electromyograms were differentiated. Then they were detected and integrated to obtain a process envelope that can be used as a signal to control the actuators of the active orthosis. *Results.* Depending on the type of pathology, the EMG structure had its own characteristics. However, a common feature of all disorders that are essential for the use of muscle biopotentials as signals for controlling an active orthosis is their pronounced destruction, irregularity and low endurance to static, tonic loads. The method of differentiating the initial electrical activity of the paretic muscles with the further transformation of such a "compacted" process into a stable monopolar signal makes it possible to use it to control the drives of an active orthosis. The received signal acquires the property of a linear dependence of the converted electrical activity of the muscles on the effort developed by them in various modes of activation. *Conclusions.* For various types of flaccid paresis, a wide variety of electrical activity disorders is characteristic. At the same time, structural disturbances, a decrease in amplitude and frequency, the appearance of specific elements ("arched" rhythms, hypersynchronous spikes) are observed. To use such electrical activity as a control signal for the drives of active orthoses, it is necessary to convert them into an integrated monopolar signal of a given muscle according to the task of movement, for this, differentiation of the initial electrical activity is used to increase its density, filter out atypical elements, detect and integrate the process to a "smooth" envelope.

**Key words:** flaccid paresis, muscle electrical activity, detection, filtration, integration, active orthosis, control.

*Введение.* У больных с вялыми парезами верхних конечностей (далее – ВК) с целью профилактики деформаций и контрактур, коррекции патологических установок, а также с целью разработки движений в суставах применяются пассивные ортезы (ПО). Эти меры несколько повышают уровень и качество жизни инвалида, не обеспечивая ему, однако, достаточных возможностей по активному использованию паретичной ВК. С целью расширения функциональных возможностей инвалида целесообразно использование активных ортезов (далее – АО), или экзоскелетонов, на базе конструкций ПО с введением в них электроприводов звеньев и системы управления от биосигналов [5;2].

АО представляют собой биотехническую систему (БТС), состоящую из каркаса с подвижными звеньями, тяговых приводов на базе миниатюрных электродвигателей с микропроцессорным управлением от биосигналов инвалида. Последнее осуществляется как

от сохранных мышц, так и от датчиков угловых перемещений в суставах ВК или соответствующих шарнирах АО.

Паретичные мышцы, в отличие от нормальных [1;3;4], генерируют искажённые электросигналы, прямое использование которых для управления приводами АО затруднительно, особенно при выраженных парезах [5]. Поэтому для формирования системы управления АО необходимо проанализировать характер электроактивности паретичных мышц для определения возможности её использования как входного сигнала управления. Если после соответствующей переработки найденные виды биопотенциалов окажутся пригодными для их использования, то можно рассматривать вопросы конструирования всей БТС АО.

*Цель исследования:* рассмотреть возможность переработки биопотенциалов сохранных мышц верхней конечности инвалидов с вялыми парезами для формирования входного сигнала управления их активным ортезом.

*Задачи исследования:*

- проанализировать различные варианты произвольной электроактивности паретичных мышц инвалидов вследствие вялых парезов в тоническом и фазическом режимах;
- рассмотреть возможность преобразования различных форм электроактивности паретичных мышц к виду, пригодному для использования в качестве входного сигнала в систему управления АО.

*Материал и методы.* У 30 инвалидов с вялыми парезами различной этиологии и степени выраженности снимали электроактивность функционально сохранных мышц. Анализировали структуру электромиограмм по характеру пиковой активности. Замеряли максимальную и среднюю электроактивность и её частоту за период экспозиции. Для увеличения «плотности» сигнала полученные электромиограммы дифференцировали. Затем их фильтровали от специфических элементов, детектировали и интегрировали для получения огибающей процесса, которая может быть использована в качестве сигнала управления приводами АО. Активация мышц инвалидов инспирировалась командами «напрячь и расслабить» выбранную мышцу в различной степени в тоническом и фазическом периодическом режимах.

*Результаты.* Электромиографические показатели активности сохранных паретичных мышц ВК в тоническом режиме отличались во всех группах большой степенью разброса как по структуре ЭМГ, так и по параметрам амплитуды и частоты.

Для дальнейшего сравнения приведём электромиограммы нормально функционирующих мышц в тоническом (верхняя кривая) и фазическом (нижняя) режимах (Рисунок 1).

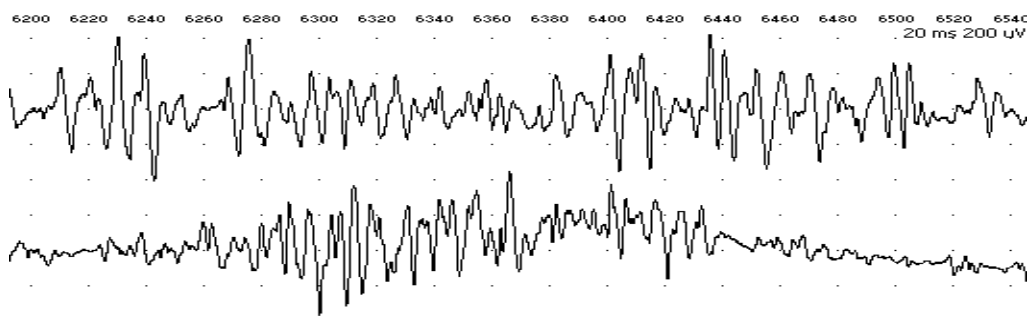


Рисунок 1 – Тоническая и фазическая электроактивность нормальной мышцы

Из рисунка 1 видно, что тоническая активность носит достаточно регулярный, амплитудно модулированный характер со случайно появляющимися высокоамплитудными спайками (до 1660 мкВ) и средним уровнем активности до 285 мкВ. Средняя частота генерации 135-182 имп/с. Фазическая активность представляет собой группу последовательных потенциалов с максимальными значениями, близкими к тоническим при сильном напряжении

(до 1140 мкВ) и средним значением (до 238 мкВ) с частотой генерации импульсов до 165 имп/с. Т.е., параметрические различия не существенны и касаются только периода активации.

При развитии паретичных состояний, не зависимо от этиологии, наблюдаются значительные изменения структуры и параметров электроактивности поражённых мышц. На рисунке 2 представлена электроактивность слабо паретичной мышцы в тоническом режиме.

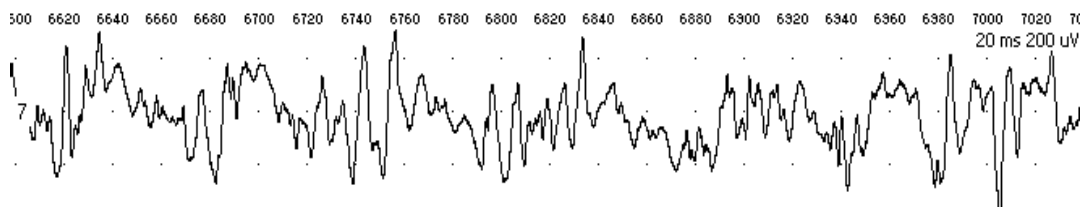


Рисунок 2 – Тоническая электроактивность слабо паретичной мышцы ВК

Из рисунка 2 видно, что, несмотря на достаточную степень электроактивности процесс нерегулярный, с разнополярными нерегулярными гиперсинхронными спайками до 482 мкВ, «арочными» волнами до 243 мкВ, модулированными множественными однополярными пиками от 86 мкВ до 167 мкВ и средней частотой до 130 имп/с.

На рисунке 3 представлен другой вариант произвольной тонической электроактивности паретичной мышцы со сниженной амплитудой, деструкцией и регулярными гиперсинхронными импульсами.

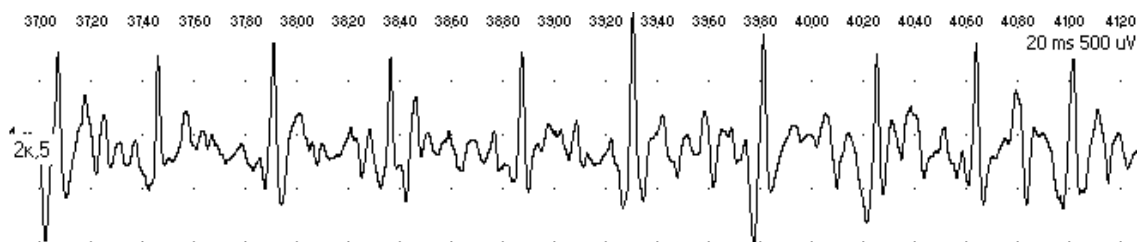


Рисунок 3 – Гиперсинхронные спайки в тонической электроактивности мышцы ВК

Из рисунка 3 видно, что в слабо паретичных мышцах на фоне деструктурированной электроактивности регулярно появляются гиперсинхронные импульсы до 914 мкВ.

В слабо паретичных мышцах также возможна и фазическая активность достаточной амплитуды. На рисунке 4 представлена фазическая произвольная электроактивность слабо паретичной мышцы ВК.

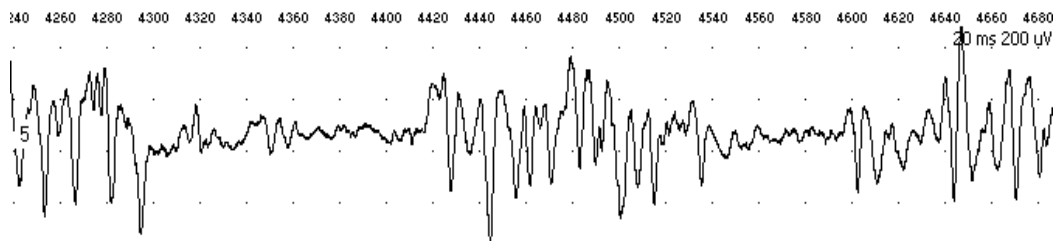


Рисунок 4 – Произвольная фазическая активность слабо паретичной мышцы ВК

Из рисунка 4 видно, что в фазы напряжения слабо паретичная мышца генерирует достаточную по мощности (до 643 мкВ) электроактивность со средней частотой до 160 имп/с.

На рисунке 5 представлена электроактивность мышцы с более сильным парезом.



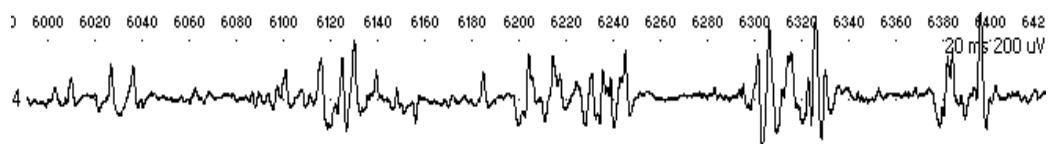


Рисунок 5 – Произвольная фазическая активность мышцы с умеренным парезом ВК

Из рисунка 5 видно, что в периоды активного сокращения мышца с более сильно выраженным парезом генерирует меньшие по амплитуде (до 238 мкВ) импульсы с частотой до 150 имп/с. По сравнению со слабо паретичной мышцей наблюдается снижение степени активности по амплитуде без значимого изменения её частоты.

По мере усиления пареза снижается и уровень электроактивности поражённой мышцы. На рисунке 6 представлена электроактивность мышцы с выраженным парезом.

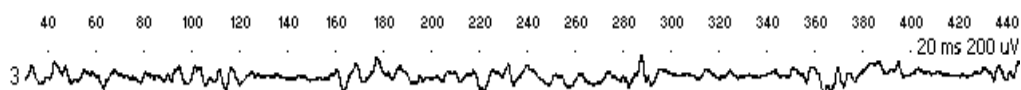


Рисунок 6 – Тоническая активность мышцы с выраженным парезом ВК

Из рисунка 6 видно, что электроактивность сильно паретичной мышцы резко снижена до 43-78 мкВ при частоте до 9-18 имп/с.

Рассмотрение полученных электрограмм паретичных мышц показывает их большое разнообразие с общими признаками деструкции ритмов, снижением амплитуды и частоты активности и появлением патологических «арочных» ритмов и спайков гиперактивности. Такие электрограммы не могут эффективно использоваться в качестве сигналов управления в силу их нестабильности и нелинейности относительно развиваемого усилия мышцы.

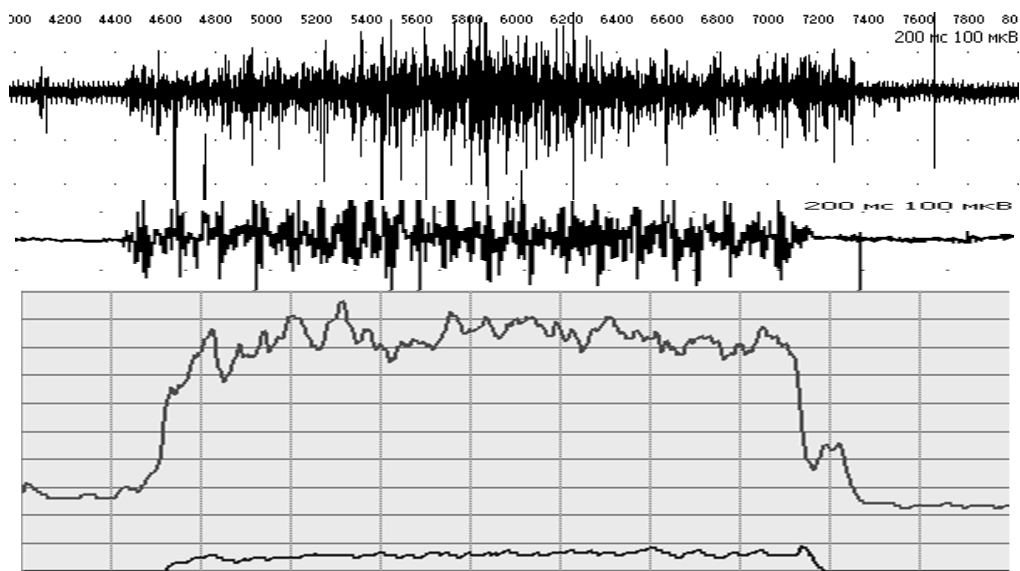
Поэтому получаемые электросигналы необходимо трансформировать в более компактные и равномерные, пропорциональные развиваемым усилиям, годные для использования в качестве входных сигналов в систему управления.

Для получения результата увеличения мощности и равномерности электроактивности паретичных мышц её следует усилить до заранее определённого порога увеличением амплитуды и «плотности» сигнала. Первое достигается линейным усилением, а второе повторным дифференцированием. Полученные сигналы фильтруются, детектируются в однополярные и интегрируются до достаточно гладкой кривой, годной для использования в системе управления приводами АО ВК.

Ниже приводятся примеры преобразования исходных электросигналов паретичных мышц в более компактные и мощные с последующей обработкой их в однополярные «гладкие» сигналы управления СУ, пропорциональные структуре и мощности развиваемого напряжения паретичных мышц.

На рисунке 7 представлены преобразованная по компактности и мощности симультанная тоническая активация двух мышц предплечья и её обработка в «гладкий» сигнал управления ортезом.

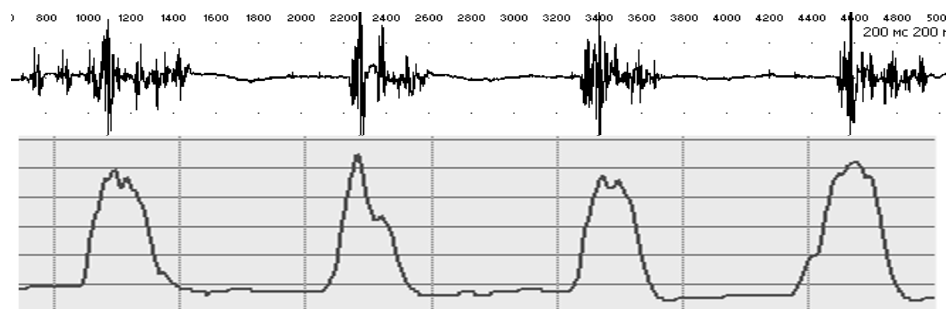
Из рисунка 7 видно, что преобразованная симультанная тоническая электроактивность группы экстензоров и флексоров предплечья имеют достаточно большую плотность и мощность, чем исходные, а после детектирования и интегрирования приобретают достаточно «гладкий» характер и могут быть использованы в качестве входного сигнала в СУ для пропорционального управления приводами АО.



Верхние лучи – преобразованная электроактивность группы экстензоров и флексоров в тоническом режиме.  
Внизу – их обработка в сигнал управления СУ АО.

Рисунок 7 – Преобразованная тоническая симультанная активация мышц предплечья и её обработка в сигнал управления ортезом

На рисунке 8 представлена преобразованная фазная активация тех же паретичных мышц предплечья и её обработка в сигналы управления ортезом.



Вверху – преобразованная фазная активация паретичных мышц предплечья  
Внизу – их обработка в сигналы для управления ортезом

Рисунок 8 – Преобразованная фазная активация паретичных мышц предплечья и её обработка в сигналы управления ортезом

Из рисунка 8 видно, что фазная электроактивация паретичных мышц после соответствующей обработки также может быть представлена в виде «гладких» входных сигналов СУ приводами АО.

*Обсуждение результатов.* Найденные выраженные нарушения ритмоструктуры, амплитуды и частоты генерации электроактивности паретичных мышц при вялых парезах составляют предмет специального электрофизиологического и неврологического исследования [3;5;6].

Однако в контексте цели и задач данного исследования было существенно определить возможность использования такой электроактивности паретичных мышц для формирования входного электросигнала в систему управления приводами активного ортеза. Применение метода дифференцирования исходной электромиограммы паретичной мышцы для её «уплотнения» с фильтрацией «паразитных» элементов («арочные» ритмы, гиперсинхронные спайки) с дальнейшим детектированием и интегрированием позволяет получить однополярный

электросигнал, пропорциональной степени активности мышцы и её напряжению для осуществления целевого действия.

*Заключение.* Произвольная электроактивность паретичных мышц, вне зависимости от её этиологии, имеет выраженные нарушения структуры с появлением ряда патологических элементов и снижением амплитуды и частоты генерации в соответствии с глубиной пареза. Однако она может быть преобразована методом дифференцирования с фильтрацией, последующим детектированием и интегрированием в достаточно «гладкий» однополярный сигнал, годный для использования в системе управления активным ортезом верхней конечности.

*Выводы.* Произвольная активность мышц верхней конечности при вялых параличах имеет значительные нарушения структуры и снижение амплитуды и частоты в соответствии с глубиной пареза. Однако при использовании для «уплотнения» электромиографического процесса его дифференцирования с фильтрацией и дальнейшим детектированием и интегрированием возможно его трансформация в «гладкий» однополярный электросигнал, годный для использования при управлении активным ортезом верхней конечности.

### Библиографический список

1. Гехт, Б.М. Теоретическая и клиническая электромиография / Б.М. Гехт. – М. : Наука, 1990. – 230 с. – Текст : непосредственный.
2. Конструкции протезно-ортопедических изделий : учебное пособие для техникумов / Под ред. к.т.н. А.П. Кужекина. – М. : Изд-во «Легкая и пищевая промышленность», 1984. – 240 с. – Текст : непосредственный.
3. Персон, Р.С. Электромиография в исследованиях человека / Р.С. Персон. – М. : Изд. Наука, 1969. – 123 с. – Текст : непосредственный.
4. Санадзе, А.Г. Клиническая электромиография для практических неврологов / А.Г. Санадзе, Л.Ф. Касаткина. – М. : ГЕОТАР-Медиа, 2020. – 80 с. – Текст : непосредственный.
5. Технология протезно-ортопедических изделий : учебное пособие по специальности «Протезное производство» / Под. ред. канд.тех.наук А.П. Кужекина. – М. : Изд. Легпромбытиздат, 1985. – 312 с. – Текст : непосредственный.

**Информация об авторах:** О.Л. Белянин, *belynin.oleg41@bk.ru*, В.Ф. Николаев, канд.мед.наук, *doc.nikolaev@mail.ru*, В.А. Большаков, *pko09\_903@mail.ru*, Е.О. Гордиевская, канд.пед.наук, *gordik33@mail.ru*, Г.Н. Буров, канд.техн.наук, *zxzy@yandex.ru*

**Information about the authors:** Oleg L. Belyanin, *belynin.oleg41@bk.ru*, Veniamin F. Nikolaev, Candidate of Medical Sciences, *doc.nikolaev@mail.ru*, Vladimir A. Bolshakov, *pko09\_903@mail.ru*, Elena O. Gordievskaya, Candidate of Pedagogical Sciences, *gordik33@mail.ru*, Gennady N. Burov, Candidate of Technical Sciences, *zxzy@yandex.ru*

### Сахарный диабет в практике медико-социальной экспертизы

**А.Ю. Родионова, С.В. Столов, О.В. Макарова, И.И. Полонская**

Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации,  
г. Санкт-Петербург, 194044, Россия

**Аннотация.** Сахарный диабет является распространенным заболеванием среди лиц разного возраста и характеризуется развитием хронических инвалидизирующих осложнений. В статье проведен анализ клинико-экспертных параметров, ограничений жизнедеятельности и реабилитационных мер у 50 больных сахарным диабетом, направленных в бюро медико-социальной экспертизы. Хронические диабетические осложнения приводили к стойким нарушениям функций органов-мишеней от умеренных до значительно выраженных и ограничениям жизнедеятельности 1-3 степеней, а также обуславливали нуждаемость пациентов в мерах комплексной реабилитации. Более чем в половине случаев (58 %)

пациентам определены 1 и 2 группы инвалидности, причем в 37,5 % случаев – бессрочно, что свидетельствует о низком реабилитационном потенциале пациентов. Отмечена недостаточная положительная динамика инвалидности при повторном освидетельствовании, не было случаев полной реабилитации, когда пациенты признавались вне группы. Приоритетными реабилитационными мероприятиями для больных данной категории являются медицинский и профессиональный аспекты. В назначении технических средств реабилитации для компенсации имеющихся ограничений жизнедеятельности нуждались 54,2 % пациентов. Ранняя диагностика заболевания на бессимптомной стадии, адекватное лечение и наблюдение пациентов позволит минимизировать развитие диабетических осложнений, приводящих к стойким нарушениям функций органов-мишеней, и снизить уровень инвалидизации пациентов с сахарным диабетом.

**Ключевые слова:** сахарный диабет, осложнения, медико-социальная экспертиза, комплексная реабилитация.

### **Diabetes mellitus in the practice of medical and social expertise**

**Anna Yu. Rodionova, Sergey V. Stolov, Ol'ga V. Makarova, Irina I. Polonskaya**

The Federal State Budgetary Institution of Additional Professional Education “Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical Experts“ of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation, St. Petersburg, 194044, Russia

**Abstract.** Diabetes mellitus is an extremely common disease among people of all ages and is characterized by the development of chronic disabling complications. The article analyzes the clinical and expert parameters, disability and rehabilitation measures in 50 patients with diabetes mellitus referred to the Bureau of Medical and Social Expertise. Chronic diabetic complications led to persistent disorders of the functions of target organs from moderate to severe and disability of 1-3 degrees, and also caused the need for patients in complex rehabilitation measures. In more than half of the cases (58 %), patients were assigned groups 1 and 2 of disability, and in 37,5 % of cases – indefinitely, which indicates a low rehabilitation potential of patients. Insufficient positive dynamics of disability during re-examination was noted, there were no cases of complete rehabilitation when patients were recognized outside the group. Priority rehabilitation measures for patients in this category are medical and professional aspects. 54,2 % of patients needed the appointment of technical means of rehabilitation to compensate for the existing limitations of life. Early diagnosis of the disease at the asymptomatic stage, adequate treatment and monitoring of patients will minimize the development of diabetic complications leading to persistent dysfunction of target organs and reduce the level of disability in patients with diabetes mellitus.

**Key words:** diabetes mellitus, complications, medical and social expertise, comprehensive rehabilitation.

*Введение.* Сахарный диабет (далее – СД) представляет собой одно из наиболее частых заболеваний эндокринной системы и является социально значимой патологией, которая требует больших экономических затрат, приводит к высокому уровню инвалидизации и наносит серьезный социальный ущерб государству [2]. По данным Федерального регистра больных СД, общая численность больных СД в Российской Федерации, состоящих на диспансерном учете, на 01.01.2021 г. составила 4 799 552 человека (3,23 % населения), в том числе СД 2-го типа – 92,5 % (4,43 млн человек), СД 1-го типа – 5,5 % (265,4 тыс. человек), другие типы СД (нарушение толерантности к глюкозе, нарушения гликемии натощак, гестационный СД и другие типы СД) – 2,0 % (99,3 тыс. пациентов) [1].

Особенностью СД является развитие системных сосудистых диабетических осложнений, которые ухудшают качество жизни больных и во многих случаях ведут к утрате трудоспособности. Диабетические осложнения поражают практически ткани организма и СД является основной причиной сердечно-сосудистых заболеваний и смертности, слепоты, почечной

недостаточности и ампутаций нижних конечностей [4;6]. Частота различных осложнений при СД 1-го и 2-го типов составляет: нейропатии – 43,3 % и 24,4 %, нефропатии – 25,9 % и 18,4 %, ретинопатии – 31,7 % и 13,5 %, соответственно [1]. Следует отметить, что раннее развитие СД 2-го типа у подростков и молодых людей (до 40 лет) ассоциировано с более агрессивной формой заболевания человек с преждевременным развитием серьезных осложнений [5].

Диабетические осложнения приводят к стойким нарушениям функций организма разной степени выраженности и являются определяющими при установлении группы инвалидности [3].

*Цель исследования* – проанализировать клинико-экспертные параметры, ограничения жизнедеятельности (далее – ОЖД) и реабилитационные меры у больных СД, направленных в бюро медико-социальной экспертизы (далее – бюро МСЭ).

*Материал и методы исследования.* Изучены данные «Направлений на медико-социальную экспертизу медицинской организацией» (форма N 088/у) и актов освидетельствования в бюро МСЭ у 50 больных, направленных на МСЭ с диагнозом «Сахарный диабет» за 2020-2021 гг. Пациентов с СД 2-го типа было 37 человек (74 % от общего числа исследуемых больных), с СД 1-го типа – 13 (26 %). Мужчин и женщин было одинаковое число – по 25 человек (по 50 %). Возраст пациентов составлял от 18 до 80 лет, средний возраст – 55,3 года. Изучение социального статуса пациентов показало, что большинство проживали в семье – 37 человек (74 %), одиноких было 13 (26 %). Основная часть пациентов проживали в городе – 40 человек (80 %), в сельском поселении жили 10 (20 %). Коморбидные заболевания имелись у 37 (74 %) пациентов и в основном были представлены сердечно-сосудистой патологией (гипертоническая болезнь – 46 %, хроническая сердечная недостаточность – 22 %).

*Результаты и обсуждение.* Анамнез СД до направления в бюро МСЭ составлял у больных от 2 до 42 лет, в среднем – 14,3 года. У одного человека анамнез заболевания был 2 года, у 4 пациентов – 3-5 лет, у 13 человек – 5-10 лет, у 19 человек – 10-15 лет и 13 человек страдали СД более 15 лет. У всех обследованных пациентов выявлены стойкие нарушения функций эндокринной системы и метаболизма, сердечно-сосудистой системы, статодинамических функций и функций мочевыделительной системы.

Определяющими для установления 3 группы инвалидности (19 пациентов) были стойкие умеренные нарушения органов-мишеней (40-60 % согласно Приказу Минтруда России от 27 августа 2019 N 585н [3]) вследствие СД в виде сенсомоторной полинейропатии (78,9 %), диабетической ангиоретинопатии (52,6 %), ангиопатии нижних конечностей с хронической артериальной недостаточностью (далее – ХАН) 2 степени (42,1 %), нефропатии с хронической болезнью почек (далее – ХБП) 3б стадии (36,8 %), ампутационной культы стопы с одной стороны (15,8 %) и рецидивирующей язвы стопы (5,2 %). Количество осложнений со стороны органов-мишеней у большинства пациентов с СД, признанных инвалидами 3 группы, составило от 2 до 4.

У 25 пациентов с СД была установлена 2 группа инвалидности на основании наличия выраженных нарушений функций органов-мишеней (70-80 %), таких, как ангиопатия нижних конечностей с ХАН 3 стадии (64 %), в том числе с ампутацией стопы или верхней/средней трети голени в 56 % случаях; диабетическая нефропатия с ХБП 4-5 стадии с эффективным программным гемодиализом без осложнений (60 %); моторно-сенсорная полинейропатия (40 %). Количество осложнений со стороны органов-мишеней составило от 2 до 5. По сравнению с пациентами, которым была определена 3 группа инвалидности, обращает на себя внимание увеличение в структуре функциональных нарушений организма доли ангиопатии нижних конечностей (64 % против 42,1 %) и ее утяжеление (ампутационные культы бедра/голеней/стоп имели место более, чем у половины больных, признанных инвалидами 2 группы), а также увеличение частоты диабетической нефропатии (60 % против 36,8 %).

Определяющими для установления 1 группы инвалидности у 4 больных СД оказались значительно выраженные нарушения функции органов-мишеней (90-100 %), представленные

значительно выраженными нарушениями функций мочевыделительной системы в виде диабетической нефропатии с ХБП 5 стадии и осложнениями гемодиализа в 2 случаях (50 %), а также значительно выраженными нарушениями статодинамических функций, обусловленных ампутационной культей голени обеих конечностей при невозможности их протезирования в 2 случаях (50 %).

Распределение больных СД по группам инвалидности представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение пациентов с СД по группам инвалидности (n=50)

Группа инвалидности	Количество пациентов	
	абс.	%
1 группа	4	8
2 группа	25	50
3 группа	19	38
Не установлена	2	4

Среди пациентов, признанных инвалидами, группа инвалидности на 1 год была определена в 29 случаях (60,4 %), на 2 года – у одного человека (2,1 %), бессрочно – у 18 человек (37,5 %).

Анализируя случаи повторных освидетельствований пациентов с СД, обращает на себя внимание практически полное отсутствие положительной динамики инвалидности, то есть, перехода пациентов с 1-й на 2-ю группу инвалидности или со 2-й на 3-ю группу, тем более не было случаев полной реабилитации, когда пациенты признавались вне группы. В тех двух случаях, когда инвалидность не была установлена, пациенты освидетельствовались первично и имели незначительные стойкие нарушения функций организма на фоне СД, при этом ОЖД у них отсутствовали.

Выявленные нарушения здоровья у обследованных нами пациентов с СД приводили к ОЖД в виде ограничения способности к самообслуживанию, ограничения способности к самостоятельному передвижению, ограничения способности к трудовой деятельности 1-3 степеней, ограничения способности к общению и обучению 1-2 степеней (Таблица 2).

Таблица 2 – Категории ОЖД у больных СД

Категория ОЖД	Степень выраженности	Количество пациентов, n (%)
Ограничение способности к самообслуживанию	1	24 (48)
	2	13 (26)
	3	3 (6)
Ограничение способности к передвижению	1	20 (40)
	2	10 (20)
	3	2 (4)
Ограничению способности к трудовой деятельности	1	17 (34)
	2	16 (32)
	3	3 (6)
Ограничение способности к ориентации	1	3 (6)
	2	1 (2)
	3	-
Ограничение способности к общению	1	2 (4)
	2	1 (2)
	3	-

Все больные получали базисную терапию – пероральные сахароснижающие препараты и/или инсулинотерапию. При этом у 24 человек (48 %) целевой уровень гликированного гемоглобина не был достигнут, что свидетельствует о необходимости усиления медицинского аспекта реабилитации инвалидов вследствие СД.

Важным аспектом полноценной реабилитации инвалидов в современных рыночных условиях является возвращение их к труду. Однако анализ профессионального маршрута

показал, что абсолютное большинство пациентов не работали – 36 человек (72 %). Продолжали трудовую деятельность 12 человек (24 %), еще 2 (4 %) пациента являлись студентами учебных заведений (пациенты 18 и 19 лет). На пенсии находились 23 пациента (46 %), работал из них только один человек (4,3 %).

Следует отметить, что из 19 пациентов с СД, признанных инвалидами 3 группы, не работали 10 человек (52,6 %), хотя могли продолжать трудовую деятельность. Особо хотелось бы подчеркнуть, что это были пациенты трудоспособного возраста – в среднем, 54,8 года. Таким образом, важным является разработка и полноценная реализация профессионального аспекта реабилитации инвалидов, имеющих осложнения СД.

Социальный аспект реабилитации особенно актуален для одиноких пациентов с СД, которых в нашем исследовании оказалось достаточно много – 26 %.

В назначении технических средств реабилитации (костыли подмышечные, трости опорные, кресло-коляски, протезы голени, ортопедическая обувь, впитывающие простыни и др.) нуждались 26 пациентов (54,2 %). Необходимость в технических средствах реабилитации была обусловлена, в основном, нарушением статодинамических функций разной степени выраженности.

*Заключение.* Медико-социальная значимость СД обусловлена высокой распространенностью заболевания среди лиц молодого и среднего возраста, а также большим числом инвалидизирующих осложнений. При освидетельствовании в бюро МСЭ пациентов с СД более чем в половине случаев (58 %) устанавливаются 1 и 2 группы инвалидности. Имеющиеся у больных СД стойкие нарушения функционирования органов-мишеней и ОЖД обуславливают нуждаемость пациентов в мерах комплексной реабилитации. В качестве приоритетных реабилитационных мероприятий можно выделить медицинский и профессиональный аспекты. Изучение профессионального маршрута пациентов с СД выявило, что преобладающее число пациентов не работали, даже находясь в трудоспособном возрасте и имея ограничения способности к трудовой деятельности 1-2 степеней. Более половины пациентов нуждались в технических средствах реабилитации для компенсации имеющихся ограничений жизнедеятельности. Вместе с тем, анализ повторных случаев освидетельствования пациентов показывает недостаточную положительную динамику инвалидности. Довольно высокий показатель установления инвалидности без указания срока переосвидетельствования (37,5 %) свидетельствует о низком реабилитационном потенциале инвалидов с поражением органов-мишеней при СД, что не позволяет ожидать должной компенсации ОЖД и восстановления трудоспособности.

Ранняя диагностика заболевания на бессимптомной стадии, адекватное лечение и наблюдение пациентов позволит минимизировать развитие диабетических осложнений, приводящих к стойким нарушениям функций органов-мишеней, и снизить уровень инвалидизации пациентов с СД.

### **Библиографический список**

1. Дедов, И.И. Эпидемиологические характеристики сахарного диабета в Российской Федерации : клинико-статистический анализ по данным регистра сахарного диабета на 01.01. 2021 / И.И. Дедов, М.В. Шестакова, О.К. Викулова [и др.]. – Текст : непосредственный // Сахарный диабет. – 2021. – Т. 24. – N 3. – С. 204-221.
2. Концевая, А.В. Экономика профилактики неинфекционных заболеваний / А.В. Концевая, О.М. Драпкина. – Текст : непосредственный // Профилактическая медицина. – 2018. – Т. 21. – N 2. – С.4-10.
3. Приказ Минтруда России от 27 августа 2019 N 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы». – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72921006/> (дата обращения: 30.10.2022). – Текст : электронный.

4. Чикина, Л.Н. Комплексное исследование инвалидности вследствие сахарного диабета в Российской Федерации / Л.Н. Чикина, И.В. Бегма, Н.С. Запарий, Ж.В. Болтенко // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2018. – Т.21. – N 1-2. – С. 55–59.
5. Lascar, N. Type 2 diabetes in adolescents and young adults / N. Lascar, J. Brown, H. Pattison [et al.] // Lancet Diabetes Endocrinol. – 2018. – Vol.6. – N 1. – P.69-80.
6. Schmidt, A. M. Highlighting Diabetes Mellitus: The Epidemic Continues / A. M. Schmidt // Arterioscler Thromb Vasc Biol. – 2018. – Vol.38. – N 1. – e1-e8.

**Информация об авторах:** А.Ю. Родионова – канд.мед.наук, доцент, *a.rod84@mail.ru*, С.В. Столов – д-р мед.наук, доцент, *sv100lov@gmail.com*, О.В. Макарова – канд.мед.наук, доцент, *olgamak2012@mail.ru*, И.И. Полонская – канд. мед.наук, *pol-lonskay@mail.ru*

**Information about the authors:** Anna Yu. Rodionova – Candidate of Medicine, Assistant Professor, *a.rod84@mail.ru*, Sergey V. Stolov – Doctor of Medicine, Assistant Professor, *sv100lov@gmail.com*, Ol'ga V. Makarova – Candidate of Medicine, Assistant Professor, *olgamak2012@mail.ru*, Irina I. Polonskaya – Candidate of Medicine, *pol-lonskay@mail.ru*

### **Коррекция нарушений функций верхних конечностей в реабилитации инвалидов вследствие сахарного диабета посредством эргокинезотерапии**

**Е.В. Жукова, Е.В. Морозова, А.Н. Барышова, А.Л. Петрова, Д.В. Калинина**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Москва, 127486, Россия

**Аннотация.** В статье представлены возможности эргокинезотерапии в коррекции нарушений функций верхних конечностей у инвалидов вследствие эндокринной патологии (сахарного диабета). Целью статьи является обоснование целесообразности применения эргокинезотерапии как эффективного метода реабилитации в отношении коррекции нарушений функций верхних конечностей при данной патологии. Практическая значимость представленных в статье данных состоит в описании инновационных методов реабилитации и абилитации инвалидов, практического обоснования применения реабилитационного оборудования с целью снятия барьеров, повышения активности и участия инвалидов, вследствие СД в социальном функционировании, улучшения их социальной адаптации и качества жизни.

**Ключевые слова:** инвалид, сахарный диабет, осложнения сахарного диабета, ограничения жизнедеятельности, реабилитация, коррекция двигательных нарушений, эргокинезотерапия.

### **Correction of disorders of the functions of the upper extremities in the rehabilitation of the disabled due to diabetes mellitus by ergokinesotherapy**

**Eugenia V. Zhukova, Elena V. Morozova, Anna N. Baryshova,  
Anna L. Petrova, Daria V. Kalinina**

The Federal State Budgetary Institution «Federal Bureau of Medical and Social Expertise» of the Ministry of labour and social protection of the Russian Federation, Moscow, 127486, Russia

**Abstract.** The article presents the possibilities of ergokinesotherapy in the correction of disorders of the upper extremities in disabled people due to endocrine pathology (diabetes mellitus). The purpose of the article is to substantiate the feasibility of using ergokinesotherapy as an effective method of rehabilitation in relation to the correction of disorders of the upper extremities in this pathology. The practical significance of the data presented in the article consists in describing innovative methods of rehabilitation and habilitation of disabled people, practical justification of the use of rehabilitation equipment in order to remove barriers, increase the activity and participation of disabled people due to diabetes in social functioning, improve their social adaptation and quality of life.



**Keywords:** disabled person, diabetes mellitus, complications of diabetes mellitus, disability, rehabilitation, correction of movement disorders, ergokinesitherapy.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время проблема инвалидности во всем мире затрагивает более 1 млрд. человек, что составляет примерно 15 % населения планеты [3]. Среди стойких расстройств функций организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами приводящих к ограничению жизнедеятельности, существенную часть занимают нарушения функций эндокринной системы и метаболизма [8]. Наиболее угрожающим с позиций перспективы инвалидизации и, одновременно с тем, стремительно растущим заболеванием из этой категории расстройств считается сахарный диабет. Согласно информации Доклада «Состояние и динамика инвалидности, комплексная реабилитация и абилитация инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации», число инвалидов вследствие сахарного диабета в структуре общей накопленной инвалидности взрослого населения в России за период 2020 – 2021 гг. увеличилось с 246 156 человек до 262 296, что составило прирост в 6,5 % [10].

Сахарный диабет – это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, которая является результатом нарушения секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов [1]. Хронический характер заболевания обуславливает целый ряд психофизиологических осложнений, влекущих серьезные ограничения во всех категориях жизнедеятельности человека (самообслуживание, ориентировка и передвижение, общение, контроль своего поведения, обучение и трудовая деятельность) [7].

Прогрессирование сахарного диабета нередко ведет к нарушениям опорно-двигательного аппарата [4;7]. Двигательные нарушения при сахарном диабете характеризуются преимущественно такими особенностями, как:

1. *Ограничения двигательного репертуара конечностей*, связанные с различными поражениями мелких и крупных суставов («синдром ограниченной подвижности суставов»). Как отмечают ученые Ташкентской медицинской академии (Ф.Х. Иноятова, Б.Х. Шагазатова, М.Ю. Каримов, М.А. Шатурсунова), поражение костно-суставной системы при сахарном диабете наблюдается в 0,1-77,8 % случаев [4]. Авторы описывают клинические синдромы поражений суставов верхних и нижних конечностей при сахарном диабете, которые могут проявляться в виде безболезненной ригидности голеностопных суставов, суставов пальцев и кистей рук; фиксированных сгибательных контрактур; расстройства мелкой моторики рук; ослабления силы захвата; болей в области подошвенной поверхности пятки.

2. *Нарушения сенсорной чувствительности конечностей*, вызываемые поражением нервной системы (диабетическая нейропатия). По мнению научных сотрудников Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Л.Т. Ахмеджановой, А.Н. Баринаова, И.А. Строкова) диабетическая нейропатия является наиболее частым осложнением сахарного диабета (встречается примерно в 50 % случаев спустя 10 лет после постановки диагноза) и, в зависимости от выраженности симптомов, может существенно снижать социально-бытовое, социально-средовое функционирование, влиять на социально-психологическое состояние человека и снижать качество жизни диабетиков [2]. Российская ассоциация эндокринологов определяет диабетическую нейропатию как «комплекс клинических и субклинических синдромов, каждый из которых характеризуется диффузным или очаговым поражением периферических и/или автономных нервных волокон в результате сахарного диабета» и указывает на такие общие клинико-диагностические признаки данного осложнения, как онемение, парестезии, зябкость стоп, судороги в мышцах голени и стоп, сухость кожи, слабость (атрофия) мышц, характерная деформация пальцев рук и ног (молоткообразная деформация) [4]. В зависимости от формы нейропатии (диффузная сенсорная, диффузная моторная, автономная, мононейропатия, радикулопатия или радикулоплексопатия и др.) на первый план выходят те или иные сенсомоторные нарушения. Например, мононейропатия, затрагивающая срединный нерв, проявляется слабостью и онемением пальцев рук, а поражающая малоберцовый нерв –

атрофией мышц стопы («висячей стопой»). Чаще всего встречается симметричная полинейропатия, поражающая дистальные отделы ног и рук (по типу «носков» и «перчаток»). Она проявляется парестезиями, дизестезиями или безболезненной потерей тактильной, вибрационной, проприоцептивной или температурной чувствительности, снижением рефлексов, атрофией мышц [2;7;14].

В целях компенсации сочетанных функциональных нарушений при диабете и связанными с ним осложнениями, а также обеспечения максимально возможного уровня социального функционирования пациентов с заболеванием сахарный диабет, в их реабилитации необходим мультидисциплинарный подход, обеспечивающий комплексное реабилитационное воздействие.

Так, в соответствии с Концепцией развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года, под комплексной реабилитацией и абилитацией понимается «персонализированное сочетание оптимально подходящих услуг для инвалидов, в том числе детей-инвалидов, по основным направлениям реабилитации и абилитации (медицинской, социальной (социально-бытовой, социально-средовой, социально-психологической и социально-педагогической), социокультурной, психолого-педагогической, профессиональной, физической (с использованием методов адаптивной физической культуры и адаптивного спорта), предоставляемых в зависимости от необходимости одновременно или поэтапно в целях полной реализации их реабилитационного потенциала, максимально возможного восстановления или компенсации имеющихся стойких нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности, подготовки и достижения социальной адаптации и интеграции, максимальной инклюзии, самостоятельности и независимости, а также повышения качества жизни» [9].

Помимо комплексного подхода к реабилитационному процессу специалистам важно выдерживать фокус на коррекции (восстановлении, либо формировании) конкретных реабилитационных «мишеней» в рамках каждого реабилитационного направления. Данный междисциплинарный подход, в конечном счете, будет способствовать максимальному расширению диапазона функциональных возможностей инвалида, обретению им независимости, интеграции в общество и повышению качества жизни. В этой связи немаловажную роль в структуре комплексной реабилитации инвалидов, вследствие заболевания сахарный диабет играет социальный аспект реабилитации и абилитации, направленный на устранение барьеров, повышения активности и участия инвалидов в социальном функционировании.

Учитывая, что последствия инвалидизирующего заболевания зачастую приводят к нарушению работы опорно-двигательного аппарата, особое место в реабилитации инвалидов отводится коррекции двигательных нарушений (подвижности и сенсорной чувствительности конечностей). Значимость устранения данных нарушений вызывает необходимость дифференцировать коррекцию нарушений функций верхних конечностей в отдельную реабилитационную «мишень», поскольку именно функции тонкой моторики и движения пальцев рук обнаруживают чрезвычайную важность в осуществлении самостоятельной повседневной жизнедеятельности данной категории инвалидов ограничивая способность к самообслуживанию, передвижению [6].

Анализ литературы и практический опыт работы с данным контингентом инвалидов показывает, что эффективным методом в восстановлении функций верхних конечностей можно считать методы эрготерапии [13] и кинезотерапии [5].

Эрготерапия – это реабилитация посредством деятельности, цель которой заключается в достижении двигательной и социальной адаптации пациента к условиям повседневной жизни. Целеполаганием эрготерапии выступают формирование навыков ухода за собственным телом, осуществления личной гигиены, приготовления и приема пищи, работы с различными бытовыми приборами в рамках самообслуживания и др. [13].

Кинезотерапия – форма лечебной физической культуры, в которой произвольные осознанные активные движения пациента исправляют нарушения моторных функций.

В основе кинезотерапии лежат физические упражнения (активные и пассивные движения), направленные на разработку и улучшение подвижности крупных и мелких суставов, увеличение эластичности сухожилий, мышечной ткани [5].

В реабилитационной деятельности, направленной на максимальное восстановление утраченных двигательных функций верхних конечностей у инвалидов вследствие сахарного диабета (с целью их адаптации к условиям привычной жизни, а также социальной интеграции, частичного или полного восстановления трудоспособности), нам представляется целесообразным интеграция элементов эрготерапии и кинезотерапии в рамках единого подхода (далее – «эргокинезотерапия»).

Занятия по эргокинезотерапии осуществляются посредством тренировки мелкой моторики и зрительно-моторной координации, выполнения физических упражнений по развитию/восстановлению функций верхних конечностей, организации повседневной двигательной активности инвалида [5;13]. Помимо прямой направленности занятий на развитие движений происходит и опосредованное улучшение когнитивных, психоэмоциональных и речевых функций, так как при выполнении движений создаются условия для активизации связей между мозговыми центрами, ответственными за различные аспекты психоречевого функционирования [11]. Для наиболее эффективного реабилитационного воздействия эргокинезотерапии специалистам следует разрабатывать инвалиду индивидуальную программу занятий с учетом результатов первичной диагностики (выявленных возможностей, способностей и биомеханических особенностей инвалида) [11;13].

Для проведения занятий, направленных на улучшение и поддержание функций верхних конечностей у инвалидов вследствие сахарного диабета с помощью эргокинезотерапии, целесообразно использование такого реабилитационного оборудования, как:

- массажные мячи, валики, коврики, силовые сетки, переплетные тренажеры различных модификаций, предназначенные, преимущественно, для тренировки мелкой моторики, развития подвижности суставов пальцев, массажа кисти, отработки навыка захвата и удержания предметов, коррекции сенсорной чувствительности рук (Рисунок 1);
- тренажеры «8-образная система», «Подвижная настольная тележка», используемые, преимущественно, для разработки кистевого и локтевого суставов, увеличения амплитуды и репертуара движений в них;
- тренажер «Мельница», направленный на разработку локтевого и плечевого суставов, восстановления нервной проводимости мышечных волокон верхних конечностей посредством выполнения вращательных движений;



Рисунок 1 – Упражнение с массажными мячиками

- тренажеры «Гималаи», «Елочка», предназначенные для восстановления точности и ловкости движений, координации движения рук, совершенствования навыков захвата предметов, удержания небольшого предмета, зрительно-моторную координацию (Рисунки 2-3);



Рисунок 2 – Упражнение с помощью тренажера «Гималаи»



Рисунок 3 – Упражнение с помощью тренажера «Елочка»

– тренажеры «Лесенка», «Мануфит», направленные на восстановление подвижности верхних конечностей посредством выполнения активных содружественных или поочередных движений рук (Рисунок 4);



Рисунок 4 – Упражнение с помощью тренажера «Лесенка»

– настенные модули, стенды, панно с закрепленными на них наборами бытовых приборов (водопроводными кранами, замками с ключами, выключателями, разнообразными дверными ручками и т.д.) для развития бытовых навыков, цветового и пространственного гнозиса, зрительно-моторной координации, тактильной чувствительности рук (Рисунок 5);

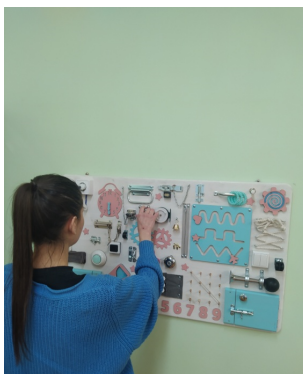


Рисунок 5 – Упражнение с помощью настенных панно

– стол механотерапии, возможности которого также направлены на достижение большинства вышеперечисленных задач (например, посредством одноручного/двуручного вращения штурвала/валика/ротационного тренажера без перехвата/с прямым перехватом/с перекрестным перехватом) и т.д.

С помощью данного оборудования можно отрабатывать навыки повседневного манипулирования предметами: сжимания/разжимания; захвата предмета; поднятия и удержания предмета на весу; переключивание и перенос предметов; открывания/закрывания различных замков и задвижек; закручивания/откручивания гаек, болтов, разных типов крышек; застегивания/расстегивания предметов одежды с помощью пуговиц, молний, липучек и т.д. [11;12;13].

В результате систематических занятий по эргокинезотерапии и достижения точности движений в рамках выполнения упражнений формируется положительная динамика в плане восстановления функций верхних конечностей, которая заключается в постепенном увеличении амплитуды и точности движений, мышечной силы рук, восстановления двигательных навыков, достижении автоматизма в повседневных бытовых действиях, нормализации (частичном восстановлении) сенсорной чувствительности верхних конечностей, а также улучшении общего самочувствия, активности и улучшения психоэмоционального состояния в целом [6;11;13].

Таким образом, эргокинезотерапию можно считать целесообразным и эффективным методом коррекции нарушений функций верхних конечностей в реабилитации инвалидов вследствие сахарного диабета. Помимо механического взаимодействия с предметами, направленного на восстановление (развитие) тонкой дифференциации движений пальцев и кистей рук, а также общей подвижности верхних конечностей, использование описанного выше реабилитационного оборудования в рамках эргокинезотерапии способствует коррекции сенсорной чувствительности за счет контакта с разнохарактерными материалами, отличающимися друг от друга по упругости, форме, весу, размеру.

При этом важно помнить, что достижение положительных эффектов от занятий по эргокинезотерапии у инвалидов вследствие сахарного диабета достигается при условии комплексности реабилитационного воздействия. Особую роль в комплексе реабилитационных мероприятий играет медицинская реабилитация (включая прием пациентом надлежащих в данном случае лекарственных препаратов, соблюдение строгого диетического режима, контроля показателей уровня глюкозы в крови, ведения здорового образа жизни и др.), что позиционируется ведущими эндокринологами как соблюдение определенного при данном заболевании «образа жизни».

Данный комплексный реабилитационный подход к реабилитации инвалидов, вследствие сахарного диабета будет способствовать повышению социального функционирования за счет компенсации ограничений жизнедеятельности в условиях повседневной бытовой деятельности и социально-средовых взаимодействий, существенно повышая качество жизни человека.

#### **Библиографический список**

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. – Вып. 10. – Москва : Минздрав России ; ОО «РАЭ» ; ФГБУ «НМИЦ эндокринологии», 2021. – 221 с. – URL: <https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/algosd.pdf> (дата обращения: 09.11.2022). – Текст : электронный.
2. Ахмеджанова, Л.Т. Диабетические и недиабетические полинейропатии у пациентов с сахарным диабетом / Л.Т. Ахмеджанова, А.Н. Баринов, И.А. Строков. – Текст : электронный // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. – N 118(4). – С. 113-120. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=35124795> (дата обращения: 09.11.2022).
3. Всемирная организация здравоохранения. – URL: <https://www.who.int/ru> (дата обращения: 03.11.2022). – Текст : электронный.
4. Иноятова, Ф.Х. Патогенетические механизмы нарушения костно-суставной системы при сахарном диабете / Ф.Х. Иноятова, Б.Х. Шагазатова, М.Ю. Каримов, М.А. Шатурсунова. – Текст : электронный // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2022. – N 1. – С. 70-76. – URL: [https://www.elibrary.ru/download/elibrary\\_48613809\\_40895974.pdf](https://www.elibrary.ru/download/elibrary_48613809_40895974.pdf) (дата обращения: 09.11.2022).
5. Куртанова, Д.К. Кинезотерапия в лечении детей с церебральным параличом / Д.К. Куртанова. – Текст : электронный // Медицина : вызовы сегодняшнего дня : материалы

IV Междунар. науч. конф. (г. Москва, ноябрь 2017 г.). – Москва : Буки-Веди, 2017. – С. 1-4. – URL: <https://moluch.ru/conf/med/archive/252/12458/> (дата обращения: 09.11.2022).

6. Морозова, Е.В. Современные технологии психологической реабилитации и абилитации инвалидов с нарушением функций верхних конечностей вследствие цереброваскулярной патологии (стол механотерапии) / Е.В. Морозова, Е.В. Жукова, Г.М. Сотская. – Текст : электронный // Вестник науки и образования. – 2020. – N 6(84), Ч. 1 – С. 98-102. – URL: [https://www.elibrary.ru/download/elibrary\\_42609599\\_67789132.pdf](https://www.elibrary.ru/download/elibrary_42609599_67789132.pdf) (дата обращения: 04.11.2022).

7. Осложнения сахарного диабета // Справочник MSD. – URL: <https://www.msmanuals.com/ru-ru/> (дата обращения: 03.11.2022). – Текст : электронный.

8. О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы : приказ Минтруда России от 27 августа 2019 N 585н. – URL: СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 03.11.2022). – Текст : электронный.

9. **Российская Федерация. Распоряжения.** О Плана мероприятий по реализации Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 16 августа 2022 N 2253-р. – URL: СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 03.11.2022). – Текст : электронный.

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

11. Струкова, О.Г. Возможности эргокинезотерапии в нейрореабилитации инвалидов вследствие острого нарушения мозгового кровообращения / О.Г. Струкова, Е.В. Морозова, Е.В. Жукова, А.Н. Барышова, В.А. Ельникова. – Текст : электронный // Состояние и перспективы развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов. – 2021. III Межрегиональная конференция (Москва, 25 ноября 2021 г.) : Сборник материалов и докладов / Под общей редакцией д.м.н. М.А. Дымочки. – Москва : ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России ; Канцлер, 2022. – 366 с.

12. Сулова, А.И. Использование стола механотерапии для развития силы мышц верхних конечностей в адаптационном обучении клиентов. Методическое пособие / А.И. Сулова, Н.Б. Качайнова. – Екатеринбург : Областной центр реабилитации инвалидов, 2012. – 16 с. – URL: [https://ocri.ru/upload/userfile/metod\\_sbr/5\\_Stol\\_mehanoterapii.pdf](https://ocri.ru/upload/userfile/metod_sbr/5_Stol_mehanoterapii.pdf) (дата обращения: 04.11.2022). – Текст : электронный.

13. Такенов, Ж.Т. Эрготерапия в реабилитации пациентов с двигательными расстройствами / Ж.Т. Такенов, Н.В. Борисюк. – Текст : электронный // Нейрохирургия и неврология Казахстана. – 2017. – N 1(46). – С. 27-30. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ergoterapiya-v-reabilitatsii-patsientov-s-dvigatelnyimi-rasstroystvami> (дата обращения: 03.11.2022).

14. Токмакова, А.Ю. Поражения нижних конечностей при сахарном диабете / А.Ю. Токмакова, Д.Н. Егорова, Л.П. Доронина. – Текст : электронный // Ожирение и метаболизм. – 2017. – Т. 14. – N 1. – С. 41-47. – URL: <https://doi.org/10.14341/omet2017141-47> (дата обращения: 08.11.2022).

**Информация об авторах:** Е.В. Жукова, [egeni69@bk.ru](mailto:egeni69@bk.ru), Е.В. Морозова – канд. психол. наук, [elvamorozova@yandex.ru](mailto:elvamorozova@yandex.ru), А.Н. Барышова, [anna.yashina@mail.ru](mailto:anna.yashina@mail.ru), А.Л. Петрова, [petrova.ann4@yandex.ru](mailto:petrova.ann4@yandex.ru), Д.В. Калинина, [d.kalina1357@gmail.com](mailto:d.kalina1357@gmail.com)

**Information about the authors:** Eugenia V. Zhukova, [egeni69@bk.ru](mailto:egeni69@bk.ru), Elena V. Morozova – Candidate of Psychological Sciences, [elvamorozova@yandex.ru](mailto:elvamorozova@yandex.ru), Anna N. Baryshova, [anna.yashina@mail.ru](mailto:anna.yashina@mail.ru), Anna L. Petrova, [petrova.ann4@yandex.ru](mailto:petrova.ann4@yandex.ru), Daria V. Kalinina, [d.kalina1357@gmail.com](mailto:d.kalina1357@gmail.com)

## Социально-бытовая диагностика детей-инвалидов с протезами верхних конечностей

**Е.В. Морозова, Е.В. Жукова, К.А. Петрова, И.Н. Волкова**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации,  
г. Москва, 127486, Россия

**Аннотация.** В статье представлены основные подходы к проведению мероприятий по социально-бытовой диагностике детей-инвалидов с протезами верхних конечностей. Описаны этапы социально-бытовой диагностики, предложены функциональные диагностические пробы для оценки состояния социально-бытовых навыков у детей-инвалидов с протезами верхних конечностей. Также приведены критерии оценки функциональной способности протезированной конечности и на их основе определены показатели сохранности социально-бытового статуса, описаны показания к проведению реабилитационных мероприятий по социально-бытовой адаптации. Предложен способ оценки эффективности проведенных мероприятий по социально-бытовой реабилитации в динамике.

**Ключевые слова:** социально-бытовая диагностика; самообслуживание; протезы верхних конечностей; дети-инвалиды.

### **Social and household diagnostics of disabled children with upper limb prostheses**

**Elena V. Morozova, Eugenia V. Zhukova, Karina A. Petrova, Irina N. Volkova**

The Federal State Budgetary Institution «Federal Bureau of Medical and Social Expertise»  
of the Ministry of labour and social protection of the Russian Federation,  
Moscow, 127486, Russia

**Abstract.** The article presents the basics of carrying out measures for social and household diagnostics of disabled children with upper limb prostheses. The main stages of social and household diagnostics are described, functional diagnostic tests are proposed to assess the state of social and household skills in disabled children with upper limb prostheses. The article presents criteria for assessing the functional ability of a prosthetic limb and, based on them, the indicators of the preservation of social and household status are determined, indications for carrying out rehabilitation measures for social and household adaptation are described. A method for evaluating the effectiveness of social and household rehabilitation measures in dynamics is proposed.

**Key words:** social diagnostics; self-service; upper limb prostheses; disabled children.

Функционирование верхних конечностей в психосоциальном развитии ребенка играет первостепенную роль, так как при помощи рук осуществляется множество разнообразных высокодифференцированных, точных, скоординированных целенаправленных движений, которые обеспечивают перемещение в пространстве, контроль целенаправленности движений рук, равновесие, познавательные (гнозис) и практические (праксис) функции.

В этой связи проблема социализации и социально-бытовой реабилитации детей-инвалидов с врожденными аномалиями развития и приобретенными дефектами верхних конечностей после протезирования приобретает особую актуальность.

Психосоциальное развитие ребенка тесно сопряжено с уровнем его двигательной активности. Утрата верхних конечностей у детей, обусловленная как последствием врожденных аномалий вследствие нарушений нормального формирования конечностей в периоде внутриутробного развития, так и последствиями тяжелых травматических повреждений или заболеваний, является барьерным фактором в полноценном психофизическом развитии и социальной адаптации и интеграции ребенка.

Как показывают исследования, ранняя компенсация имеющегося дефекта с помощью протеза создает условия, необходимые:

- для правильного развития всей опорно-двигательной системы, в том числе бимануальной деятельности;
- восстанавливает близкий к возрастной норме двигательный режим;
- стимулирует развитие психической сферы ребенка;
- способствует своевременному формированию навыков самообслуживания, игровой и учебной деятельности, приобретению трудовых навыков [2].

Дети быстро осваивают пользование протезом в связи с пластичностью нервной системы, легко развивают и закрепляют новые двигательные навыки и качества. Кроме того, протезирование детей в раннем возрасте способствует формированию у них представления о протезе, как о неотъемлемой части своего тела [11].

Характер протезирования определяется особенностями психофизического развития ребенка-инвалида и его возрастом. Так, детям до 2-х лет показаны к использованию косметические протезы, от 2-х лет и старше – активные протезы; причем в соответствии с нормативно-правовыми документами дети от 6 лет могут пользоваться активными протезами с внешним источником энергии [5;7].

Протезирование может решить основные проблемы детей-инвалидов, с которыми они сталкиваются в быту, в обучении, в игровой и трудовой деятельности, при условии их правильного обучения пользованию протезами, которое состоит из трех основных этапов:

1 этап направлен на освоение способов надевания протезов, освоение основных движений (управление терминальным устройством и локтевым шарниром).

2 этап посвящен формированию основных бытовых навыков.

3 этап направлен на формирование силы, выносливости, координации, мышечно-суставного чувства [9].

Обучение пользованию протезами ребенка-инвалида в повседневной жизни является первостепенной, актуальной задачей, решение которой возможно лишь в контексте проведения мероприятий по социальной реабилитации и абилитации наряду с медицинской реабилитацией.

В Федеральном центре методологического и методического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов (г. Москва) имеется опыт реализации программы социально-бытовой диагностики детей-инвалидов с протезами верхних конечностей. В данной программе предложены функциональные пробы, предназначенные для оценки функций протезированной верхней конечности у детей-инвалидов, с учетом возраста ребенка и представлены критерии оценки выполнения этих проб, а также сформированы показатели оценки социально-бытового статуса ребенка-инвалида в зависимости от функциональной способности протезированной конечности.

Социально-бытовая диагностика своей целью ставит оценку актуального состояния социально-бытовых навыков у детей-инвалидов с протезами верхних конечностей.

Проведение социально-бытовой диагностики предполагает три этапа. На рисунке 1 представлены этапы социально-бытовой диагностики у детей-инвалидов с протезами верхних конечностей.

В основе диагностического исследования детей-инвалидов с протезами верхних конечностей лежит подборка функциональных проб с бытовыми предметами, которые направлены на оценку основных навыков самообслуживания с учетом возраста ребенка [3;6].

Диагностическая программа рассчитана на детей-инвалидов с 3-х лет при наличии активного (тягового) протеза верхних конечностей (при условии сохраненного объема подвижности в плечевом и локтевом суставах) и на детей-инвалидов с 6 лет при наличии активного протеза верхних конечностей с внешним источником энергии, с учетом формирования навыков и умений, в соответствии с биологическим возрастом (при условии сохраненного объема подвижности в плечевом суставе) [5].



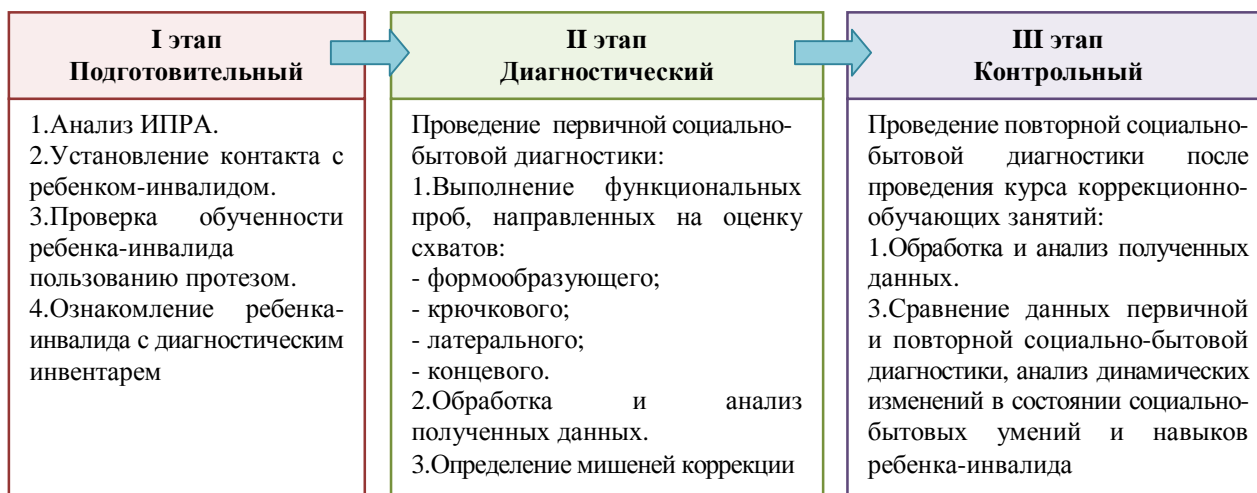


Рисунок 1 – Этапы проведения социально-бытовой диагностики у детей-инвалидов с протезами верхних конечностей

Для диагностики используется классификация, в которой обобщены виды и разновидности схватов, наиболее используемых в процессе бытовой деятельности. Предлагается оценить четыре вида схвата (формообразующий, крючковый; латеральный; концевой) у детей при врожденных и приобретенных дефектах верхних конечностей, которые описаны в патентном изобретении федерального государственного учреждения «Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» (2010) и адаптированы под оценку схвата протезированной конечности [6]. С целью оценки разновидностей концевой схвата, для которых важна точность выполнения движений, нами были дифференцированы его подвиды в соответствии с критериями оценки кисти в медико-социальной экспертизе [1]:

- трехпальцевый щипковый схват (задействованы концы 1, 2 и 3 пальцы);
- двухпальцевый плоскостной схват (задействована внутренняя сторона «подушечек» 1 и 2 пальцев);
- трехпальцевый плоскостной схват (задействована внутренняя сторона «подушечек» 1, 2 и 3 пальцев);
- 4 – 5 пальцами концевой схват (задействованы концы четырех или пяти пальцев).

Ниже представлен примерный перечень проб на оценку социально-бытовых навыков детей-инвалидов с протезами верхних конечностей:

1. С применением формообразующего схвата.

Функциональные пробы, предназначенные для оценки функции формообразующего схвата, удержания и переноса предметов протезированной верхней конечностью:

- ребенка-инвалида просят протезированной рукой взять, удержать и перенести с одного места на другое предмет шарообразной формы (например, муляж яблока).
- ребенку-инвалиду предлагается взять протезированной рукой стакан, удержать и поднести его ко рту.

2. С применением крючкового схвата.

Функциональная проба для оценки функции крючкового схвата, удержания и переноса предметов протезированной верхней конечностью. При проведении пробы, ребенку-инвалиду предъявляется предмет, имеющий ручки для переноски, поднятые кверху, и просят перенести его с одного места на другое (например, пакет с пластиковой ручкой).

3. С применением латерального схвата.

Функциональная проба для оценки функции латерального схвата в протезированной верхней конечности. Ребенку-инвалиду предъявляются плоские предметы и просят переместить их с одного места на другое (например, лист бумаги).

4. С применением концевых схвата.

Функциональная проба для оценки функции концевых схвата четырьмя-пятью пальцами протезированной руки, удержания и переноса предметов протезированной верхней конечностью. Ребенку-инвалиду предъявляются небольшие предметы для выполнения схвата и переноса их с одного места в другое (например, кубик).

Функциональная проба для оценки функции концевых схвата (1, 2, 3 пальцами плоскостной схват) и удержания предмета протезированной верхней конечностью. При проведении пробы, ребенку-инвалиду предлагается взять карандаш в протезированную руку и нарисовать человека (для детей дошкольного и младшего школьного возраста), написать свое имя и фамилию (для детей подросткового возраста).

Функциональная проба для оценки функции концевых схвата двумя пальцами (1, 2 пальцами плоскостной схват) и удержания предмета протезированной верхней конечностью. Для выполнения пробы реабилитанту необходимо протезированной рукой расстегнуть и застегнуть пуговицы.

Функциональная проба для оценки функции концевых схвата (1, 2, 3 пальцами щипковый схват) и удержания мелких предметов протезированной верхней конечностью. Для выполнения пробы ребенку-инвалиду необходимо нанизывать бусины на проволоку/леску поочередно обеими руками.

В качестве шкалы оценки функций протезированных верхних конечностей принимаются критерии балльной оценки, предложенные Н.Л. Климон, А.А. Крюковым, Н.Л. Лосевой, Е.М. Старобиной [6;8]:

0 баллов – полная невозможность выполнения пробы;

1 балл – выполнение пробы с большими затруднениями;

2 балла – доступно самостоятельное выполнение пробы с небольшими затруднениями;

3 балла – самостоятельное выполнение пробы полностью доступно. Ребенок управляет протезом в различных исходных положениях протезированной конечности.

По результатам проверки успешности выполнения всех проб по вышеописанной шкале оценивается функциональную способность кисти протезированной конечности и в зависимости от полученного результата присваивается степень функциональной способности протезированной конечности (высокая, средняя или низкая).

На основе оценки функциональной способности протезированной конечности определяется степень нарушения социально-бытового статуса ребенка-инвалида. В таблице 1 также представлены рекомендации по подбору характера реабилитационных мероприятий в зависимости от функциональной способности протезированной конечности.

Заключительный (контрольный) этап социально-бытовой диагностики детей-инвалидов с протезами верхних конечностей проводится после завершения реабилитационного курса по обучению социально-бытовым навыкам.

Цель контрольной диагностики – выявление динамических изменений в состоянии социально-бытовых навыков ребенка-инвалида и оценка эффективности проведенных мероприятий в рамках реабилитационного курса.

Эффективность социально-бытовой реабилитации оценивается путем подсчета успешно выполненных функциональных проб, которые при первичной диагностике не могли быть выполнены успешно. Результат представляется в виде совокупной оценки вида:

1) «нет динамических изменений»;

2) «незначительная положительная динамика»;

3) «положительная динамика»;

4) «стойкая положительная динамика».

Таблица 1 – Показания к проведению реабилитационных мероприятий в зависимости от функциональной способности протезированной конечности

Функциональная способность протезированной конечности	Показатель сохранности социально-бытового статуса	Показания к проведению реабилитационных мероприятий по социально-бытовой адаптации
высокая функциональная способность	не нарушен	показано проведение профилактических мероприятий, направленных на совершенствование имеющихся или формирование новых навыков самообслуживания
средняя функциональная способность	частично нарушен	показано проведение реабилитационных мероприятий, направленных на формирование (несформированных) дефицитарных навыков самообслуживания в соответствии с возрастной нормой
низкая функциональная способность	выраженно нарушен	показано проведение реабилитационных мероприятий, направленных на формирование необходимых бытовых и гигиенических навыков

Таким образом, описанная выше диагностическая программа позволяет использовать полученные данные социально-бытовой диагностики для разработки индивидуального плана реабилитации (коррекционных обучающих упражнений), исходя из выявленных в ходе обследования трудностей в самообслуживании ребенка-инвалида с протезами верхних конечностей.

#### Библиографический список

1. Андреева, Л.А. Оценка функции кисти в свете медико-социальной экспертизы / Л.А. Андреева. – Текст : непосредственный // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2000. – № 3. – С. 25-27.
2. Барабаш, И.А. Характеристика врожденных дефектов верхних конечностей у детей с точки зрения последующего протезирования / И.А.Барабаш, И.П.Белова, П.Н.Уваров // Протезирование и протезостроение: сб. трудов. – М. : ЦНИИПП, 1984. – Вып. 69. – С. 4 – 10. – Текст : непосредственный.
3. Болдырев, А.И. Реконструктивно-восстановительные операции и протезирование при дефектах кисти в социально-бытовой и трудовой реабилитации: метод, рекомендации / А.И. Болдырев, О.И. Лепилова, И.П. Белова, А.А. Корюков [и др.]. – Л. : ЛНИИП, 1990. – С.90-96. – Текст : непосредственный.
4. Корюков, А.А. Медико-социальная реабилитация и абилитация детей с дефектами кисти: автореферат дис. доктора медицинских наук: 14.01.15 / А.А. Корюков ; ФГБУ «Нижегородский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии» Минздрава России. – Курган, 2014. – 47 с. – Место защиты : Российский науч. центр «Восстанов. травматология и ортопедия» им. Г.А. Илизарова. – Текст : непосредственный.
5. Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации : приказ Минтруда России от 28 декабря 2017 N 888н. – URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=325629> (дата обращения: 01.11.2022). – Текст : электронный.
6. Способ оценки функции схвата кисти у детей при врожденных и приобретенных дефектах : пат. № 2425624 / Н.Л. Климон, А.А. Корюков, Н.Л. Лосева, Е.М. Старобина // Патентообладатель ФГУ «СПбНЦЭР им. Альбрехта Росздрава». – СПб. – 2010. – Текст : непосредственный.
7. Филатов, В.И. Протезирование детей с дефектами конечностей / В.И. Филатов. – Л. : Медицина, 1981. – 280 с. – Текст : непосредственный.

8. Хлызова, И.В. Инструментальная оценка функции кистевого схвата / И.В. Хлызова, Л.М. Смирнова, О.Э. Гаевская. – Текст : непосредственный // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2013. – N 1. – С. 38-43.

9. Шведовченко, И.В. Особенности протезирования детей с тяжелыми продольными редукциями верхних конечностей, в том числе, характеризующимися преимущественным недоразвитием проксимальных сегментов / И.В. Шведовченко, Г.Н. Буров, А.А. Кольцов. – Текст : непосредственный // Вестник всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. – 2008. – N 3 (33). – С. 28-31.

10. Angliss, V.E. Habilitation of upper-limb-deficient children / V.A. Angliss // Am.J.Occup. Ther. – 1974. – Vol. 28, N 7. – Aug. – P. 407 – 414.

11. Dunn, P.M. Phocomelia / P.M. Dunn, A.M. Fisher, H.G. Kohler // American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 1962. – Vol. 84. – N 1 (Aug.). – P. 348 – 354.

**Информация об авторах:** Е.В. Морозова – канд. психол. наук, *elvmorozova@yandex.ru*, Е.В. Жукова, *egeni69@bk.ru*, К.А. Петрова, *i@petrovakarina.ru*, И.Н. Волкова, *ira.ogo@mail.ru*

**Information about the authors:** Elena V. Morozova – Candidate of Psychological Sciences, *elvmorozova@yandex.ru*, Eugenia V. Zhukova, *egeni69@bk.ru*, Karina A. Petrova, *i@petrovakarina.ru*, Irina N. Volkova, *ira.ogo@mail.ru*

### **Особенности профессиональной ориентации детей-инвалидов с протезами верхних конечностей**

**Е.В. Морозова, Е.В. Жукова, А.Н. Барышова**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации,  
г. Москва, 127486, Россия

**Аннотация.** В статье освещены проблемы профессиональной реабилитации детей-инвалидов с протезами верхних конечностей, в том числе связанные с несформированностью у них психологической готовности к выбору профессии. Подробно представлен трехэтапный алгоритм профориентационной работы специалистов Федерального центра научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов с подростками, в том числе с протезами верхних конечностей, проводимой в рамках реализации мероприятий по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов. Приведены критерии определения вариантов психокоррекционной профориентационной работы на основе изучения состояния основных параметров психологической готовности ребенка-инвалида к выбору профессии. Кратко определены векторы реабилитационного воздействия при составлении индивидуальных коррекционных программ.

**Ключевые слова:** профессиональная ориентация ребенка-инвалида с протезами верхних конечностей, система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, стандарт предоставления услуги по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, профессионально-важные качества ребенка-инвалида.

### **Features of professional orientation of disabled children with upper limb prostheses**

**Elena V. Morozova, Eugenia V. Zhukova, Anna N. Baryshova**

The Federal State Budgetary Institution «Federal Bureau of Medical and Social Expertise»  
of the Ministry of labour and social protection of the Russian Federation,  
Moscow, 127486, Russia

**Abstract.** The article highlights the problems of vocational rehabilitation of disabled children with upper limb prostheses, including those related to their lack of psychological readiness to choose

a profession. A three-stage algorithm of career guidance work of specialists of the Federal Center for Scientific, Methodological and Methodological Support for the development of a system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people and disabled children with adolescents, including those with upper limb prostheses, carried out as part of the implementation of measures for comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled children is presented in detail. The criteria for determining the options for psychocorrective career guidance based on the study of the state of the main parameters of the psychological readiness of a disabled child to choose a profession are given. The vectors of rehabilitation impact in the preparation of individual correctional programs are briefly defined.

**Key words:** professional orientation of a disabled child with upper limb prostheses, a system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people, a standard for providing services for comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled children, professionally important qualities of a disabled child.

Профессиональная реабилитация и абилитация детей-инвалидов является одним из важных направлений государственной политики на современном этапе развития общества, так как их дальнейшее профессиональное самоопределение и эффективное трудоустройство, а также интеграция в открытый рынок труда и в социум напрямую зависит от того, насколько своевременно и полно ребенок-инвалид будет вовлечен в реабилитационные и абилитационные мероприятия.

Новые поправки к Конституции Российской Федерации (в редакции закона от 14 марта 2020 г. N 1-ФКЗ) определяют важнейший приоритет государственной политики России относительно детей, как создание условий, способствующих «всестороннему духовному, нравственному, интеллектуальному и физическому развитию детей», что на наш взгляд, является важнейшим условием социализации и интеграции ребенка-инвалида в общество [1].

По данным Федерального реестра инвалидов (далее – ФГИС ФРИ) на 01.09.2022 г. в нашей стране зарегистрировано 11 190 388 лиц с инвалидностью, из них 739 681 человек относится к категории «ребенок-инвалид» [8]. Стоит отметить, что численность детей-инвалидов в возрастной группе от 15 до 17 лет (как контингента, требующего профессионального самоопределения) составляет 153 689 человек и этот показатель характеризуется ежегодным приростом (на те же даты 2020 г. – 143 583 человек, 2021 г. – 148 388 человек).

Таким образом, рост инвалидности среди подростков наряду с выстроенными ориентирами государственной политики на молодое поколение определяет проблему профессионального становления растущего поколения.

Вопросы социальной защиты, образования, профессиональной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на законодательном уровне в Российской Федерации регулируются и постоянно совершенствуются. Однако, несмотря на обширный комплекс законодательных мер, предпринимаемых государством в области социальной защиты инвалидов и детей-инвалидов, по данным Федеральной службы государственной статистики, с 2008 года отмечается тенденция к снижению числа инвалидов, обратившихся за содействием в поиске подходящей работы в Федеральную службу по труду и занятости (с 256 190 человек в 2008 г. до 147 187 человек в 2021 г.) [9]. При этом важно отметить увеличение доли успешных случаев подбора работы (доходного занятия) для инвалидов из числа обратившихся в органы службы занятости: так, по данным того же источника, в 2008 г. из указанного количества были трудоустроены 87 299 человек (34 % случаев), а в 2021 г. – 69 475 человек (47 %).

Перспективы эффективного трудоустройства инвалидов видятся нам в раннем охвате профориентационной работой детей-инвалидов. Исследования показывают, что у многих детей-инвалидов зачастую отсутствуют профессиональные установки на освоение той или иной сферы деятельности, основанные на их собственных личностных возможностях и способностях [6].

По мнению Н.С. Пряжникова, включение детей в процесс профессионального обучения и совершенствования способствует преобразованию и развитию у них профессиональных

установок, обуславливая формирование как отдельных профессионально-личностных качеств, так и профессиональной направленности личности, в целом [6].

Особую категорию детей-инвалидов, нуждающихся в проведении мероприятий по профориентации, составляют дети-инвалиды с протезами верхних конечностей. По данным А.А. Корюкова (2014), врожденные аномалии развития верхних конечностей выявляются у 1-2 детей на 1000 новорожденных, при этом травмы верхних конечностей чаще встречаются в возрасте 3-17 лет (механическое повреждение, ранение острыми предметами, термические поражения и поражение электротоком) и в 73 % приводят к инвалидизации и нуждаемости в протезировании [2]. Наличие протеза может создавать определенные ограничения в профессиональной деятельности, что в свою очередь требует активного сопровождения профессионального самоопределения лиц с протезом верхних конечностей.

Анализ обращений инвалидов, а также членов семей инвалидов (детей-инвалидов) с протезами верхних конечностей в Федеральный центр научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов (далее – Федеральный центр) по вопросам профессиональной реабилитации выявил ряд актуальных проблем, например:

- у большинства инвалидов (детей-инвалидов) отсутствует четкое представление о ресурсных базах для прохождения профориентации по месту жительства;
- инвалиды, дети-инвалиды, их родители (законные или уполномоченные представители) недостаточно информированы о востребованных профессиях на региональном рынке труда для инвалидов с протезом верхних конечностей, а также о профессиональных образовательных организациях, в том числе, реализующих адаптированные образовательные программы для обучающихся с нарушением опорно-двигательного аппарата.

Наблюдения специалистов Федерального центра показали, что у большинства детей с протезами верхних конечностей выявляется несформированность четких мотивационных установок в вопросах профессионального самоопределения и образа собственного профессионального будущего, в целом. В процессе профессионального консультирования они, как правило, демонстрируют плохую осведомленность о возможных барьерах трудоустройства вследствие использования протеза и не способны адекватно соотнести свои возможности с профессионально-значимыми качествами, необходимыми для выбранной профессиональной деятельности, в особенности с учетом преобладающих у современного поколения трудовых ценностей – высокая заработная плата, в том числе как средство для достижения других целей, таких как престиж, уважение в обществе.

Таким образом, проблема профессионального самоопределения детей-инвалидов является актуальной и требует эффективных решений, одним из которых, на наш взгляд, может стать усиление внимания на реализацию мероприятий по профессиональной ориентации детей-инвалидов с 14 лет в рамках реализации стандартов предоставления услуги по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов с преимущественными нарушениями нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций.

Данные стандарты были разработаны в рамках реализации пилотного проекта [7] и утверждены Приказами Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации [3;4;5].

Опыт Федерального центра показывает, что комплексность реабилитационного процесса обеспечивается одномоментной реализацией мероприятий по основным направлениям социальной реабилитации (социально-бытовой, социально-средовой, социально-педагогической, социально-психологической, социокультурной), а также по профессиональной ориентации и адаптивной физической культуре и адаптивному спорту. Важное значение приобретает равноценность в части количественно-качественного охвата мероприятий всех указанных реабилитационных направлений и индивидуальный подход к реабилитации в каждом конкретном случае.

Специалисты Федерального центра в профориентационной работе с подростками с инвалидностью, в том числе с протезами верхних конечностей, в рамках реализации

мероприятий по комплексной реабилитации и абилитации придерживаются структурно и последовательно выстроенного алгоритма работы, состоящего из трех основных этапов (Рисунок 1):



Рисунок 1 – Основные этапы профориентации ребенка-инвалида с протезами верхних конечностей

**1 этап – информационно-консультативный.** Данный этап заключается в первичном профессиональном консультировании, в ходе которого устанавливается контакт с ребенком-инвалидом, происходит информирование его или его родителей (законных представителей) в соответствии с их запросом и оценивается сформированность представлений подростка о желаемом профессиональном будущем и способах его достижения, на основании которых определяется нуждаемость ребенка-инвалида в проведении дальнейших профориентационных мероприятий.

**2 этап – диагностический.** На этом этапе ребенку-инвалиду предлагается пройти комплексную профориентационную диагностику для оценки мишеней коррекции – профессионально-важных качеств (далее – ПВК), которые можно условно разделить на три основных блока:

- 1 блок – профессиональные интересы, склонности и предпочтения ребенка-инвалида;
- 2 блок – операционные и динамические параметры его психической деятельности;
- 3 блок – эмоционально-личностные особенности ребенка-инвалида.

**3 этап – аналитико-формирующий.** В рамках данного этапа создается программа профориентационных занятий, направленная на формирование или развитие

несформированных или дефицитарных ПВК, которые необходимы ребенку-инвалиду для его успешной профессиональной самореализации в будущем.

Диагностическая программа профессиональной ориентации ребенка-инвалида с протезами верхних конечностей проводится в два этапа (Рисунок 2).

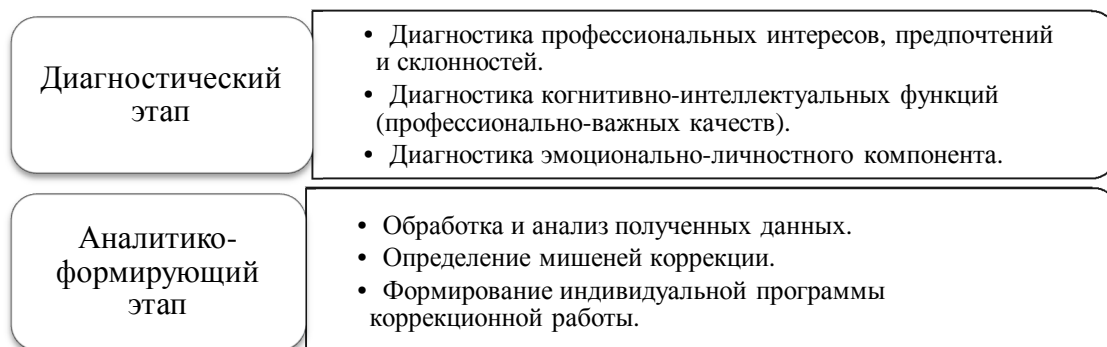


Рисунок 2 – Этапы проведения диагностической программы профессиональной ориентации ребенка-инвалида с протезами верхних конечностей

На **диагностическом этапе** проводится психодиагностическое исследование, направленное на изучение профессиональных интересов, предпочтений и склонностей, когнитивно-интеллектуальных функций, эмоционально-личностной сферы ребенка, получающего реабилитационную услугу.

**Аналитико-формирующий этап** исследования строится на анализе полученных данных с предыдущего этапа и включает в себя формирование комплексного заключения по психологической готовности реабилитируемого к выбору профессии, которое в дальнейшем определяет варианты профориентационной коррекционной работы с ним.

Полученные данные диагностики ПВК используются с целью формирования индивидуальной программы коррекции психологической готовности к выбору профессии детей-инвалидов с протезами верхних конечностей и дают возможность:

1) выделить уровни профессиональной готовности к выбору профессии (ПГВП) – сформированная ПГВП, недостаточно сформированная ПГВП, неадекватно сформированная ПГВП, тотальная несформированность ПГВП;

2) оценить основные критерии сформированности психологической готовности к выбору профессии, на основе которых определяются: реабилитационная цель, реабилитационный потенциал, реабилитационный прогноз, варианты психокоррекционной профориентационной работы с детьми-инвалидами (Таблица 1).

*Вариант 1 (профилактический).*

Данный вариант рекомендован для работы с детьми-инвалидами, у которых сформирована психологическая готовность к выбору профессии. По данным диагностики у детей-инвалидов сформированы профессиональные интересы и предпочтения, профессионально важные качества (эмоционально-личностные и когнитивные). В данном случае дети мотивированы на трудовую деятельность, адекватно и осознанно воспринимают собственные профессиональные перспективы в соответствии с нарушенными функциями организма и ограничениями жизнедеятельности.

Реабилитационный потенциал: высокий.

Реабилитационный прогноз: благоприятный.



Таблица 1 – Критерии определения вариантов психокоррекционной профориентационной работы с детьми-инвалидами

Параметры психологической готовности к выбору профессии (ПГВП)	Варианты профориентационной работы с детьми-инвалидами			
	Профилактический	Коррекционно-развивающий		Формирующий
	Вариант 1	Вариант 2	Вариант 3	Вариант 4
Оценка сформированности ПГВП	сформированная	недостаточно сформированная	неадекватно сформированная	тотальная несформированность
Профессиональные интересы, предпочтения, мотивация к труду	сформированы	сформированы	сформированы / не сформированы	не сформированы
Оценка состояния профессионально-важных качеств	сформированы	не сформированы (когнитивные или эмоционально-личностные ПВК)	не сформированные эмоционально-личностные ПВК	не сформированы (эмоционально-личностные или/и когнитивные ПВК)
Адекватность выбора профессии в соответствии с нарушенными функциями организма	адекватный выбор	адекватный выбор	неадекватный выбор	выбор отсутствует
Реабилитационный потенциал	высокий	удовлетворительный	удовлетворительный	низкий
Реабилитационный прогноз	благоприятный	относительно благоприятный	относительно благоприятный	неблагоприятный
Направление профориентационной работы (мишени коррекции)	– повышение осведомленности и расширение кругозора о доступных профессиях; – информирование о профессиональных образовательных учреждениях	– коррекция (развитие) несформированных ПВК	– коррекция (формирование) реального образа «Я»; – формирование адекватного профессионального выбора (с учетом нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности)	– повышение осведомленности и расширение кругозора о доступных профессиях; – формирование профессиональных интересов; – формирование адекватного выбора профессии; – развитие (формирование) ПВК

Основная реабилитационная цель дальнейшей психокоррекционной профориентационной работы направлена на повышение осведомленности и расширение кругозора о доступных профессиях; информирование об имеющихся в регионе проживания профильных профессиональных образовательных учреждениях, в которых реализуются интересующие ребенка-инвалида образовательные программы и определение запасных вариантов профессионального выбора на случай, если поступить в выбранное (желаемое) образовательное учреждение не удастся.

*Вариант 2 (коррекционно-развивающий при несформированных ПВК).*

Этот вариант рекомендован для работы с детьми-инвалидами, у которых выявляется несформированные ПВК (эмоционально-личностные или когнитивно-интеллектуальные), при этом профессиональные интересы, предпочтения и мотивация к трудовой деятельности сформированы. Кроме того, выявляется адекватное оценивание собственных физических возможностей при выборе дальнейшего профессионального пути.

Реабилитационный потенциал: удовлетворительный.

Реабилитационный прогноз: относительно благоприятный.

Основной реабилитационной целью дальнейшей психокоррекционной профориентационной работы является развитие профессионально важных качеств – эмоционально-личностных или когнитивно-интеллектуальных.

*Вариант 3 (коррекционно-развивающий при неадекватном выборе профессии).*

По данным профориентационной диагностики у ребенка-инвалида сформированы профессиональные интересы, предпочтения, ПВК – эмоционально-личностные и когнитивно-интеллектуальные, мотивация на трудовую деятельность. Однако, профессиональный выбор можно охарактеризовать, как неадекватный, так как подросток не учитывает имеющиеся функциональные ограничения, которые являются препятствием для выполнения им трудовых функций в выбранной профессии.

Реабилитационный потенциал: удовлетворительный.

Реабилитационный прогноз: относительно благоприятный.

Основная реабилитационная цель психокоррекционной профориентационной работы заключается в формировании у ребенка-инвалида реального образа «Я» и формирование адекватных взглядов на дальнейшие возможности, перспективы в трудовой деятельности с учетом нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности.

*Вариант 4 (формирующий).*

Данный вариант рекомендован для работы с детьми-инвалидами у которых выявляется тотальная психологическая неготовность к выбору профессии. У подростка не сформированы профессиональные интересы и предпочтения, недостаточна мотивация к трудовой деятельности и отсутствует профессиональный выбор, не сформированы эмоционально-личностные и/или когнитивно-интеллектуальные ПВК.

Реабилитационный потенциал: низкий.

Реабилитационный прогноз: неблагоприятный.

Основная реабилитационная цель психокоррекционной профориентационной работы заключается в повышении осведомленности и расширении кругозора о доступных профессиях; формировании профессиональных интересов, адекватного профессионального выбора; дефицитарных (несформированных) ПВК.

С учетом определения варианта профориентационной работы составляется индивидуальная коррекционная программа, включающая практический материал (упражнения, игры, тренинги), направленный на формирование психологической готовности к выбору профессии у каждого конкретного ребенка-инвалида как в индивидуальной, так и в групповой форме, в том числе посредством аппаратно-программного комплекса «SCHUHFRIED».

Итак, программа коррекции психологической готовности к профессиональному выбору детей-инвалидов с протезами верхних конечностей направлена на формирование у них

психологической готовности к профессиональному выбору. Перед процессом реализации данной коррекционной программы ставятся следующие задачи:

1. Провести профориентационное информирование и консультирование, направленные на формирование у ребенка с инвалидностью профессиональных интересов, на повышение его осведомленности и расширение кругозора о доступных профессиях.
2. Развивать когнитивно-интеллектуальные профессионально-значимые качества ребенка-инвалида.
3. Развивать эмоционально-личностные качества.
4. Формировать адекватный профессиональный выбор с учетом имеющихся нарушений организма и ограничений жизнедеятельности.

Планирование профориентационных коррекционных занятий с детьми-инвалидами в рамках программы коррекции психологической готовности к профессиональному выбору детей-инвалидов с протезами верхних конечностей должно быть направлено на охват основных направлений коррекционной работы:

- 1) профилактический вариант (Вариант 1);
- 2) коррекционно-развивающие варианты (Вариант 2, 3);
- 3) формирующий вариант (Вариант 4).

Длительность реабилитационного курса по формированию психологической готовности к профессиональному выбору у детей-инвалидов с протезами верхних конечностей зависит от выявленных мишеней коррекции, реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза.

#### *Программа информационно-консультативного занятия (Вариант 1)*

Цель: информационно-просветительское консультирование ребенка-инвалида и его законных представителей.

Задачи:

1. Определение профессиональной направленности реабилитанта (анкетирование).
2. Консультирование и информирование ребенка-инвалида и его законных представителей о возможностях и перспективах будущей профессиональной деятельности с учетом нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности.
3. Уточнение профессиональной траектории реабилитанта.
4. Информирование реабилитанта о возможностях получения профессионального образования.
5. Определение запасных вариантов профессионального выбора.

Длительность курса: 1 занятие продолжительностью 60 минут.

Форма работы: индивидуальная беседа.

#### *Программа коррекции когнитивно-интеллектуальных ПБК (Вариант 2, Вариант 4)*

Цель: Формирование профессионально важных когнитивно-интеллектуальных функций у детей-инвалидов с протезами верхних конечностей посредством системы CogniPlus аппаратно-программного комплекса «SCHUNFRIED».

Задачи:

1. Коррекция аттензивно-мнестических функций (объем, распределение, концентрация, переключение, избирательность, устойчивость).
2. Коррекция управляющих функций (саморегуляция).
3. Коррекция пространственного гнозиса.
4. Коррекция зрительно-моторной координации.

Курс программы рассчитан на 10 занятий продолжительностью по 45 минут.

Форма работы: индивидуальная.

На основе оценки (диагностики) когнитивно-интеллектуальных функций реабилитанта составляется индивидуальная программа психокоррекционной работы на системе CogniPlus аппаратно-программного комплекса «SCHUNFRIED», включающая упражнения,

соответствующие выявляемым в диагностическом блоке мишеням коррекции (когнитивно-интеллектуальным ПВК).

*Программа тренинговых занятий по формированию и развитию эмоционально-личностных ПВК (Вариант 2, Вариант 4)*

Существует множество методов работы с детьми-инвалидами, но одним из наиболее действенных и интересных является психологический тренинг. Он позволяет максимально вовлечь данную категорию лиц в процесс деятельности, где каждый присутствующий будет являться и слушателем, и наблюдателем, и активным участником.

Тренинг по формированию и развитию эмоционально-личностных ПВК является личностно-ориентированным, его основным процессом является активное раскрытие и развитие личности через взаимодействие с внешним миром, выбором определенной деятельности, образа жизни. Профессия – это одно из средств построения дальнейшей жизнедеятельности. Для успешного освоения любой специальности необходимо уметь управлять своим эмоциональным состоянием.

Цель тренинга: формирование у детей-инвалидов с протезом верхней конечности психологической готовности в профессиональном самоопределении, выборе профессии с учетом интересов, склонностей, индивидуальных особенностей и потребностей.

Задачи тренинга:

1. Создание положительного эмоционального настроения в группе.
2. Формирование позитивного отношения детей-инвалидов друг к другу.
3. Повышение самооценки у детей-инвалидов.
4. Повышение уровня стрессоустойчивости.
5. Поиск и активизация ресурсных состояний личности.
6. Повышение адаптационных способностей детей-инвалидов к повседневной жизни.
7. Формирование устойчивых личностных и профессиональных навыков.
8. Развитие эффективного взаимодействия с окружающими людьми.
9. Развитие мотивации для постановки и достижения целей.

Предусмотрено 10 занятий, продолжительностью 2 часа, с частотой проведения два раза в неделю.

*Программа коррекции неадекватного профессионального выбора (Вариант 3)*

Цель: формирование адекватного профессионального выбора с учетом нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности.

Задачи:

1. Формирование представлений о многообразии мира профессий.
2. Формирование у ребенка-инвалида реального образа «Я».
3. Формирование адекватных взглядов на дальнейшие возможности и перспективы в трудовой деятельности с учетом нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности.

Курс программы: не менее 6 занятий продолжительностью 45-60 минут.

Форма работы: индивидуальная и групповая.

На основе оценки адекватности профессионального выбора у ребенка-инвалида составляется индивидуальная программа коррекции.

*Программа коррекции несформированных профессиональных интересов и мотивации к труду (Вариант 4)*

Цель: формирование у ребенка-инвалида профессиональных интересов и мотивации к труду.

Задачи:

1. Повышение осведомленности и расширение кругозора о доступных профессиях.
2. Формирование профессиональных интересов.
3. Формирование трудовой мотивации.
4. Формирование профессионального образа.

Целевая аудитория: дети-инвалиды от 14 до 17 лет.

Курс программы составляет 7-10 занятий продолжительностью 45-90 минут.

Форма работы: групповая.

На основе оценки (диагностики) профессиональных интересов и мотивации к труду ребенка-инвалида составляется индивидуальная программа коррекции.

Таким образом, в ходе диагностики уровней психологической готовности к выбору профессии ребенка-инвалида с протезом верхних конечностей крайне важно уделять особое внимание исследованию сферы профессиональных интересов, предпочтений подростка, его мотивации к труду, адекватности выбора профессии в соответствии с нарушенными функциями организма, а также оценке состояния профессионально-важных качеств. От степени сформированности профессионально-значимых параметров как эмоционально-личностного, так и когнитивного характера и комбинаторики выявленных нарушений принципиально зависит определение варианта (программы) психокоррекционной работы, длительность и эффективность профориентационного курса реабилитации, в целом.

### Библиографический список

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020). – URL: СПС КонсультантПлюс. – Текст : электронный (дата обращения: 09.11.2022).

2. Корюков, А.А. Абилитация в формировании навыков ручной деятельности у детей с дефектами кисти / А.А. Корюков, Н.Л. Климон, Н.Л. Лосева, Е.М. Старобина. – Текст : электронный // Гений Ортопедии. – 2014. – N 4. – С. 25-33. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=22650289> (дата обращения: 09.11.2022).

3. Об утверждении стандартов предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в полустационарных условиях : Приказ Минтруда России от 26 апреля 2022 N 261. – URL: [//www.consultant.ru](http://www.consultant.ru). (дата обращения: 09.11.2022).

4. Об утверждении стандартов предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в стационарных условиях, включая проживание и питание детей-инвалидов и сопровождающих детей-инвалидов лиц : Приказ Минтруда России от 26 апреля 2022 N 262. – URL: [//www.consultant.ru](http://www.consultant.ru). (дата обращения: 09.11.2022). – Текст: электронный.

5. Об утверждении стандартов предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в стационарных условиях без проживания и питания сопровождающих детей-инвалидов лиц : Приказ Минтруда России от 26 апреля 2022 N 263. – URL: [//www.consultant.ru](http://www.consultant.ru). (дата обращения: 09.11.2022). – Текст: электронный.

6. Пряжников, Н.С. Методы активизации профессионального и личностного самоопределения : Учебно-методическое пособие / Н.С. Пряжников. – Москва : Издательство Московского психолого-социального института ; Воронеж : Издательство НПО «МОДЭК», 2003. – 400 с. – Текст : непосредственный.

7. **Российская Федерация. Постановления.** О реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов : Постановление Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2021 N 2339. – URL: [//www.consultant.ru](http://www.consultant.ru). (дата обращения: 09.11.2022). – Текст: электронный.

8. **Федеральная государственная информационная система.** Федеральный реестр инвалидов. – URL: <https://sfri.ru/analitika/zanyatost> (дата обращения: 09.11.2022). – Текст : электронный.

9. **Федеральная служба государственной статистики.** Положение инвалидов. – URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13964> (дата обращения: 09.11.2022). – Текст : электронный.

**Информация об авторах:** Е.В. Морозова – канд. психол. наук, [elvmorozova@yandex.ru](mailto:elvmorozova@yandex.ru), Е.В. Жукова, [egeni69@bk.ru](mailto:egeni69@bk.ru), А.Н. Барышова, [anna.yashina@mail.ru](mailto:anna.yashina@mail.ru)

**Information about the authors:** Elena V. Morozova – Candidate of Psychological Sciences, [elvmorozova@yandex.ru](mailto:elvmorozova@yandex.ru), Eugenia V. Zhukova, [egeni69@bk.ru](mailto:egeni69@bk.ru), Anna N. Baryshova, [anna.yashina@mail.ru](mailto:anna.yashina@mail.ru)

## **Оценка эффективности медицинской реабилитации у пациентов с детским церебральным параличом с использованием международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья**

**Г.Е. Шейко, А.Н. Белова, В.О. Сушин, А.М. Резенова, М.Д. Важдаев, М.А. Шабанова**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Нижний Новгород, 603005, Россия

**Аннотация.** Реабилитация пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП) требует системного подхода и динамичной оценки достигаемых результатов. На данный момент не существует критериев, позволяющих определить, достигнуто ли улучшение в ходе реабилитации. В медицинской реабилитации одним из основных инструментов, используемых для описания и измерения степени нарушений здоровья у детей с ДЦП, является Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). МКФ активно используется при организации реабилитационной помощи детям с ДЦП, поскольку дает возможность определить индивидуальные задачи реабилитации и проводить мониторинг её эффективности.

Цель исследования: разработка критерия оценки эффективности медицинской реабилитации детей с ДЦП на основе использования МКФ. В исследовании приняли участие 29 пациентов с различными формами ДЦП, которые получали медицинскую реабилитацию амбулаторно и в условиях стационара. Согласно предложенному нами критерию, эффективность реабилитации оценивалась на основании динамики оценок доменов по компонентам МКФ «функции», «активность и участие» через 12 месяцев от начала реабилитационных мероприятий. Критерием улучшения было принято считать положительную динамику состояния ребенка не менее чем по 3 доменам с изменением оценки, как минимум, на 1 балл. Чувствительность предложенного критерия оценки эффективности медицинской реабилитации пациентов с ДЦП составила 89 %, специфичность – 91 %, что дает основание рекомендовать использование данного критерия для оценки улучшения эффективности медицинской реабилитации детей с ДЦП.

**Ключевые слова:** МКФ, ДЦП, международная классификация функционирования, детский церебральный паралич, медицинская реабилитация.

## **Evaluation of the effectiveness of medical rehabilitation in patients with cerebral palsy using the International classification of functioning, disability and health**

**Gennadii E. Sheiko, Anna N. Belova, Vil'yam O. Sushin, Anastasiya M. Rezenova, Mihail D. Vajdaev, Mariya A. Shabanova**

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Privolzhsky Research Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Nizhny Novgorod, 603005, Russia

**Abstract.** Rehabilitation of patients with cerebral palsy (CP) requires a systematic approach and a dynamic assessment of the results achieved. At the moment, there are no criteria to determine whether an improvement has been achieved. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is one of the main tools used to describe and measure the degree of health disorders in children with CP. ICF is actively used in the organization of rehabilitation care for children with CP as it makes it possible to determine individual rehabilitation tasks and monitor its effectiveness. The purpose of the study: to develop a criterion for evaluating the effectiveness of medical rehabilitation of children with CP using ICF. The study involved 29 patients with

various forms of CP who received medical rehabilitation on an outpatient basis and in a hospital setting. According to the criterion proposed by us, the effectiveness of rehabilitation was evaluated based on the dynamics of domain assessments for the components of the ICF "functions", "activity and participation" 12 months after the start of rehabilitation activities. The criterion for improvement was considered to be the positive dynamics of the child's condition in at least 3 domains with a change in the assessment by at least 1 point. The sensitivity of our proposed criterion for evaluating the effectiveness of medical rehabilitation of patients with CP was 89 %, specificity – 91 %. This gives grounds to recommend the use of this criterion to assess the improvement of the effectiveness of medical rehabilitation of children with CP.

**Key words:** ICF, cerebral palsy, international classification of functioning, cerebral palsy, medical rehabilitation.

*Введение.* Детский церебральный паралич (далее – ДЦП) представляет собой группу постоянных нарушений движений и поддержания позы, развитие которых обусловлено непрогрессирующим повреждением развивающегося мозга плода или младенца [1]. Распространенность ДЦП в Российской Федерации составляет по разным данным от 2,0 до 3,3 случаев на 1000 новорожденных, что в целом соответствует общемировой статистике [2].

В реабилитационной практике для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, а также для измерения степени выраженности нарушений у детей используется Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, или МКФ (International Classification of Functioning, Disability and Health, или ICF) [3]. С помощью МКФ можно унифицировать определение индивидуального профиля функционирования ребенка с учетом средовых и личностных факторов, а также оценивать динамику нарушений здоровья ребенка в процессе реабилитации [4]. МКФ широко используется в проведении реабилитационных мероприятий детям с ДЦП, поскольку дает возможность определять индивидуальные задачи реабилитации и проводить мониторинг её эффективности [5;6].

Одной из проблем, связанных с использованием МКФ в клинической практике и в научных исследованиях, является субъективность оценки улучшения после выполненных реабилитационных мероприятий. Кроме того, на данный момент в целом не существует четких критериев, в том числе с использованием МКФ, позволяющих определить достигнуто ли улучшение в ходе реабилитации.

*Цель исследования* – разработать критерий оценки эффективности медицинской реабилитации детей с ДЦП на основе использования МКФ.

*Материалы и методы.* В исследование были включены 29 пациентов с ДЦП (5,4±1,05 лет), из которых мужского пола – 20 человек. Из них 13 детей со спастической диплегией (G80.1), 13 с гемиплегией (G80.2), 2 с атактическим церебральным параличом (G80.4) и 1 пациент со смешанной формой (G80.8). Согласно оценке нарушений, у пациентов с ДЦП по международной Шкале классификации глобальных моторных функций (Global Motor Function Classification System, или GMFCS) уровень двигательных нарушений составил 1,83±0,5. Реабилитационные мероприятия осуществлялись на протяжении одного года в стационарных, амбулаторных и домашних условиях. Реабилитация в условиях стационара включала механотерапию, лечебную физкультуру, массаж, физио- и рефлексотерапию, по мере необходимости – фармакотерапию. Курсы стационарной реабилитации проводились 2 раза в год, курсами по 14 дней. Амбулаторная реабилитация предполагала проведение 2–3 курсов массажа продолжительностью 10 дней, а также ботулинотерапию. Реабилитация в домашних условиях осуществлялась путем ежедневного выполнения физических упражнений, рекомендованных врачом.

Оценка профиля функционирования и ограничений жизнедеятельности всех пациентов проводилась до начала реабилитационных мероприятий и спустя 12 месяцев с помощью краткого базового набора МКФ для детей с ДЦП. Для установки определителей

использовались различные градуированные методики оценки, включая специализированные шкалы и опросники: шкала оценки глобальных моторных функций (Gross motor function measure 88, или GMFM-88), модифицированная шкала спастичности Эшворта, система классификации мануальных способностей для детей с церебральным параличом (Manual Ability Classification System, или MACS), визуально-аналоговая шкала (ВАШ). С целью выявления анатомо-структурных поражений головного мозга всем пациентам была выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга [2]. Исходя из результатов сбора жалоб и анамнестических данных, а также осмотра пациента, заполнялся оценочный дисплей, в котором были указаны категории из краткого базового набора МКФ для детей с ДЦП [5], обеспечивающий описательный функциональный профиль пациента, включая соответствующие контекстовые факторы. Данный краткий базовый набор используется для оценки динамики состояния ребенка на протяжении его жизни от 0 до 18 лет либо для эпидемиологических исследований и включает 25 категорий.

Для определения улучшения по результатам медицинской реабилитации в качестве критериального стандарта использовалось экспертное мнение. Экспертный метод выполнялся по общепринятой методике и заключался в оценке результатов реабилитации независимыми врачами-экспертами [7]. В качестве экспертов выступали опытные специалисты в области медицинской реабилитации детей с ДЦП. Экспертная оценка сопоставлялась с результатами оценки эффективности реабилитации, которые были получены через 12 месяцев от начала реабилитационных мероприятий на основании динамики уровня определителей доменов по составляющим МКФ «функции», «активность и участие».

Критерием улучшения было принято считать следующее: снижение уровня определителя, как минимум, на 1 балл не менее чем в 3 доменах. Компоненты классификации МКФ «структура» и «факторы окружающей среды» не были включены в предложенный нами критерий в связи с тем, что какие-либо нарушения или улучшения со стороны структур головного мозга по данным нейровизуализационных исследований у пациентов с ДЦП могут отсутствовать, а «факторы окружающей среды» не отражают динамики клинического состояния пациента. С целью определения пригодности предложенного критерия оценки эффективности медицинской реабилитации пациентов с ДЦП, были рассчитаны его чувствительность (Ч) и специфичность (С).

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы MedCalc Statistical Software и Microsoft Office Excel, 2010. Критерий Шапиро-Уилка использовался для проверки нормальности распределения количественных признаков. Выборочные параметры, приводимые далее, имеют следующие обозначения:  $n$  – объем анализируемой подгруппы,  $Me$  – медиана,  $Q1$  – верхний квартиль,  $Q3$  – нижний квартиль,  $Mean$  – среднее арифметическое,  $SD$  – среднеквадратичное отклонение,  $p$  – величина статистической значимости различий. Оценка различий между связанными выборками выполняли сравнение с помощью методов непараметрической и параметрической статистики: критерий Вилкоксона, парный  $t$ -тест Стьюдента (для связанных выборок) соответственно. Коэффициенты ассоциации ( $K_a$ ) и контингенции ( $K_k$ ) (дихотомической корреляции) применялись для оценки степени согласованности мнений экспертов. Критическое значение уровня значимости принимали равным 5 % ( $p \leq 0,05$ ).

*Результаты.* Через 12 месяцев после проведенных реабилитационных мероприятий, согласно экспертному методу, у 18 пациентов (62 %) с ДЦП было достигнуто улучшение (группа 1), а у 16 пациентов (38 %) улучшение отсутствовало (группа 2). Итоговая оценка экспертов (мнение большинства экспертов) принималась за критериальный стандарт (наличие либо отсутствие улучшения).

Валидность экспертной оценки подтверждает динамика показателей клинических проявлений и состояния пациентов в связанных выборках (Таблица 1). У пациентов группы 1 отмечалось снижение интенсивности болевого синдрома, повышение подвижности суставов и контроля произвольных движений, улучшение поддержания положения тела,



ходьбы, точных движений кисти. Также отмечалось снижение спастичности, снижение барьеров ограничения жизнедеятельности и улучшение качества жизни. Выявлено статистически значимое улучшение общих моторных функций по шкале GMFM-88 ( $p < 0,0001$ ) и снижение уровня спастичности по шкале Эшворта ( $p = 0,0005$ ), улучшение мануальных способностей по шкале MACS ( $p = 0,0078$ ), а также снижение болевого синдрома по ВАШ ( $p = 0,0001$ ).

Таблица 1 – Результаты оценки по шкалам/опросникам пациентов с ДЦП до и после реабилитационных мероприятий (Mediana [Q1; Q3])

Шкала/ опросник	Группа 1, Исходные показатели, n=18	Группа 1, Показатели после реабилитации, n=18	Группа 2, Исходные показатели, n=11	Группа 2, Показатели после реабилитации, n=11
GMFM-88	89,1[86,6;92,1]	96,5[95,4;97,1]*	71,4±11,3	72,3±10,5
ш. Эшворта	3[1;3]	1,5[1;2]*	4[4;4]	4[4;4]
MACS	1[1;2]	1[1;1]*	2[1;3]	2[1;3]
ВАШ	2[1;2]	0[0;0]*	2[2;5]	2[2;2]

**Примечание.** Достоверность межгрупповых различий до и после реабилитации \* $p < 0,05$ .

В группе 2 не отмечалось существенного изменения клинических проявлений и значимого изменения показателей по вышеперечисленным шкалам. Уровень моторных функций по шкале GMFCS остался прежним у пациентов в обеих группах.

Согласно предложенному нами критерию, улучшение наблюдалось у 17 пациентов, 16 из них относились к группе 1, один пациент – к группе 2. У двух пациентов из группы 1 по данным МКФ определялось снижение балла определителя только по 2 доменам, то есть улучшение, согласно критерию, отсутствовало. У одного пациента из группы 2 наблюдалось снижение балла определителя в 3 доменах, что соответствовало улучшению по нашему критерию. Чувствительность и специфичность изменения уровня определителя по компонентам классификации МКФ-ДП «функции», «активность и участие», как критерия оценки эффективности медицинской реабилитации пациентов с ДЦП составили 89 % и 91 % соответственно (Таблица 2).

Таблица 2 – Чувствительность и специфичность критерия оценки эффективности медицинской реабилитации пациентов с ДЦП

Параметры	Группа 1, n=18	Группа 2, n=11
Абсолютные числа	ИП, n=16	ИО, n=10
	ЛО, n=2	ЛП, n=1
	=89 %	C=91 %

**Примечание.** ИП – истинно положительные; ИО – истинно отрицательные; ЛП – ложно положительные; ЛО – ложно отрицательные; Ч – чувствительность; С – специфичность.

Между экспертным мнением и разработанным оценочным критерием выявлена положительная связь ( $K_a = 0,975$ ;  $K_k = 0,786$ , уровень значимости  $> 0,99$ , сила связи – сильная), что подтверждает валидность данного критерия для оценки результатов реабилитации детей с ДЦП.

Кроме того, подтверждением валидности предложенного нами критерия явилась динамика баллов определителей по доменам базового набора МКФ во взаимосвязанных выборках у пациентов с улучшением и без, распределенных на группы, согласно предложенному критерию. У пациентов с улучшением было выявлено статистически значимое снижение балла определителя (согласно критерию) по домену b134 «функции сна» ( $p = 0,0020$ ), b280 «ощущение боли» ( $p = 0,0001$ ), b710 «функции подвижности сустава» ( $p = 0,0020$ ), b735 «функции мышечного тонуса» ( $p = 0,0020$ ), b760 «контроль произвольных функций» ( $p = 0,0001$ ), d415 «поддержание положения тела» ( $p = 0,0002$ ), d440 «использование

точных движений кисти» ( $p=0,0078$ ), d450 «ходьба» ( $p<0,0001$ ), d460 «передвижение в различных местах» ( $p<0,0001$ ), d710 «базисные межличностные отношения» ( $p=0,0039$ ), d760 «семейные отношения» ( $p=0,0313$ ). У пациентов без улучшения статистически достоверного изменения уровня определителей ни по одному домену не наблюдалось.

**Заключение.** Нами продемонстрировано, что МКФ может применяться в качестве инструмента оценки эффективности реабилитации у пациентов с ДЦП на основании изменения оценок доменов по компонентам классификации МКФ «функции», «активность и участие» с использованием следующего критерия улучшения: снижение оценки по определителю, как минимум, на 1 балл не менее чем в 3 доменах. Предложенный нами критерий позволяет устанавливать ориентир, на достижение которого должны быть направлены усилия реабилитационной команды при проведении медицинской реабилитации у пациентов с ДЦП.

### Библиографический список

1. Castelli, E. SIMFER-SINPIA Intersociety. Commission Recommendations for the rehabilitation of children with cerebral palsy / E. Castelli, E. Fazzi // *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. – 2016. – N 5. – P. 691-703.
2. Семёнова, Е. В. Реабилитация детей с ДЦП : обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам / Е. В. Семёнова, Е. В. Клочкова, А. Е. Коршикова-Морозова, А. В. Трухачева, Е. Ю. Заблочкис. – Москва : Лепта Книга, 2018. – 584 с.
3. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization. 2001. [http://psychiatr.ru/download/1313?view=name=CF\\_18.pdf](http://psychiatr.ru/download/1313?view=name=CF_18.pdf) (дата обращения: 13.10.2022).
4. Hsieh, Y. L. Effects of hippotherapy on body functions, activities and participation in children with cerebral palsy based on ICF-CY assessments / Y. L. Hsieh, C. C. Yang, S. H. Sun, S. Y. Chan, T. H. Wang, H. J. Luo // *Disability and Rehabilitation*. – 2017. – N 17. – С. 1703–1713.
5. Schiariti, V. Implementation of the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) Core Sets for Children and Youth with Cerebral Palsy: Global Initiatives Promoting Optimal Functioning / V. Schiariti, E. Longo, A. Shoshmin, L. Kozhushko, Y. Besstrashnova, M. Król, T. N. C. Campos, H. N. C. Ferreira, C. Verissimo, D. Shaba, M. Mwale, S. Amado // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2018. – N 9. – P. 1899.
6. Jeevanantham, D. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health – Children and Youth in Children With Cerebral Palsy / D. Jeevanantham // *Indian Pediatrics*. – 2016. – N 9. – P.805-810.
7. Орлов, А.И. Теория экспертных оценок в нашей стране / А.И. Орлов. – Текст : непосредственный // *Научный журнал КубГАУ*. – 2014. – N 93. – С. 1-11.

**Информация об авторах:** Г.Е. Шейко – канд. мед. наук, [sheikogennadii@yandex.ru](mailto:sheikogennadii@yandex.ru), А.Н. Белова – докт. мед. наук, профессор, [anbelova@mail.ru](mailto:anbelova@mail.ru), В.О. Сушин, [sushin.nn@mail.ru](mailto:sushin.nn@mail.ru), А.М. Резенова, [seule1993@gmail.com](mailto:seule1993@gmail.com), М.Д. Важдаяев, [mvazhdayev94@gmail.com](mailto:mvazhdayev94@gmail.com), М.А. Шабанова, [bilberry47@mail.ru](mailto:bilberry47@mail.ru)

**Information about the authors:** Gennadii E. Sheiko – Candidate of Medicine, [sheikogennadii@yandex.ru](mailto:sheikogennadii@yandex.ru), Anna N. Belova – Doctor of Medicine, Professor, [anbelova@mail.ru](mailto:anbelova@mail.ru), Vil'yam O. Sushin, [sushin.nn@mail.ru](mailto:sushin.nn@mail.ru), Anastasiya M. Rezenova, [seule1993@gmail.com](mailto:seule1993@gmail.com), Mihail D. Vajdaev, [mvazhdayev94@gmail.com](mailto:mvazhdayev94@gmail.com), Mariya A. Shabanova, [bilberry47@mail.ru](mailto:bilberry47@mail.ru)

## **Динамика альфа-ритма на ЭЭГ у детей с детским церебральным параличом при применении неинвазивного интерфейса мозг-компьютер и экзоскелета кисти в комплексе санаторно-курортного лечения**

**С.В. Власенко<sup>1</sup>, Т.Ф. Голубова<sup>2</sup>, Э.А. Османов<sup>1</sup>, Е.А. Бирюкова<sup>1</sup>,  
М.Д. Отинов<sup>2</sup>, Ф.С. Власенко<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Симферополь, 295007, Россия

<sup>2</sup>ГБУЗ РК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория, 297412, Россия

**Аннотация.** Изучение эффективности реабилитации детей с ДЦП с помощью робототехники является актуальной проблемой. Целью настоящей работы явился анализ изменений реактивности ЭЭГ таких пациентов в частотном диапазоне альфа-ритма в результате прохождения курса из 10 сеансов. В исследовании приняли участия пациенты в возрасте от 10 до 18 лет, получающие курс санаторно-курортной реабилитации, включающий применение роботизированного комплекса на основе интерфейс мозг-компьютер (ИМК) и экзоскелета кисти. После прохождения тренингов степень различия показателей реактивности альфа-ритма у детей указанных групп уменьшилась, что может свидетельствовать об определенных благоприятных перестройках активности ЦНС.

**Ключевые слова:** ДЦП, ЭЭГ, нейрореабилитация, экзоскелет, интерфейс мозг-компьютер, воображение движения.

## **The dynamics of the alpha rhythm on the EEG in children with cerebral palsy when using a non-invasive brain-computer interface and an exoskeleton of the hand in combination with spa treatment**

**S.V. Vlasenko<sup>1</sup>, T.F. Golubova<sup>2</sup>, E.A. Osmanov<sup>1</sup>, E.A. Biryukova<sup>1</sup>,  
M.D. Otinov<sup>2</sup>, F.S. Vlasenko<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Federal State Educational Institution «V.I. Vernadsky Crimean Federal University», Simferopol, 295007, Russia

<sup>2</sup>GBUZ RK «Research Institute of Children's Balneology, Physiotherapy and medical Rehabilitation», g. Evpatoria, 297412, Russia

**Abstract.** The study of the effectiveness of rehabilitation of children with cerebral palsy using robotics is an urgent problem. The aim of this work was to analyze changes in the EEG reactivity of such patients in the alpha rhythm frequency range as a result of a course of 10 sessions. The study involved patients aged 10 to 18 years receiving a course of sanatorium rehabilitation, including the use of a robotic complex based on BMI and an exoskeleton of the hand. After passing the trainings, the degree of difference in alpha-rhythm reactivity indicators in children of these groups decreased, which may indicate certain favorable changes in the activity of the central nervous system.

**Key words:** cerebral palsy, EEG, neurorehabilitation, exoskeleton, brain-computer interface, motor imagery.

Особую актуальность в настоящее время приобретают методы реабилитации с применением биологической обратной связи (БОС), роботизированных устройств и интерфейсов мозг-компьютер, поскольку такие методы позволяют активизировать природные физиологические ресурсы головного мозга ребенка [1-7;11;12]. Анализ данных литературы показал, что экспериментальные работы по использованию экзоскелетов, управляемых сигналами изменения биоэлектрической активности (БА) головного мозга,

в реабилитации детей с синдромом ДЦП в настоящее время остаются единичными, а комплексный анализ нейрофизиологических механизмов реабилитации отсутствует [8-17].

Ранее было показано, что курс нейрореабилитации с применением комплекса «Экзокисть-2» (неинвазивный интерфейс мозг-компьютер и экзоскелет кисти) в сочетании с традиционным курортным лечением приводит у детей с ДЦП к значимому улучшению характеристик мышечной активности, показателей движений, набора бытовых навыков [2;3;6].

*Целью* настоящей работы явился анализ изменений биоэлектрической активности альфа-ритма на ЭЭГ детей с ДЦП под влиянием курса нейрореабилитации из 10 сеансов в комплексном санаторно-курортном лечении.

*Материал и методы.* В исследовании приняли участия пациенты в возрасте от 10 до 18 лет, получающие курс санаторно-курортной реабилитации, включающий применение роботизированного комплекса на основе ИМК и экзоскелета кисти, с установленным диагнозом «ДЦП» в соответствии с критериями МКБ-10, имеющие в структуре неврологических нарушений гемипарез с уровнем двигательной активности не выше III по критериям классификации больших моторных функций (Gross Motor Function Classification System for Cerebral Palsy, GMFCS). Критерии исключения: отказ от участия в исследовании родителей или законных представителей пациентов; уровень двигательной активности по критериям GMFCS больше III; наличие пlegии верхней конечности; афатические нарушения; медикаментозно некорректируемая эпилепсия; нарушение зрения, не позволяющее различать инструкцию на экране; умственная отсталость умеренной, тяжелой и глубокой степеней (F71–73 по МКБ-10).

В итоговую выборку вошли 32 пациента с ДЦП, которые были разделены на две группы: имеющие диагноз левосторонний гемипарез (16 испытуемых: 10 мужского, 6 – женского пола) и правосторонний гемипарез (16 испытуемых: 9 мужского, 7 – женского пола). Средний возраст испытуемых составил  $13,6 \pm 2,5$  лет.

ЭЭГ регистрировалась монополярно с помощью электроэнцефалографа «Нейровизор БММ» (ООО «Медицинские Компьютерные Системы», Россия) в лобных (Fpz, Fp1, Fp2, Fz, F1, F2, F3, F4), центральных (Cz, C1, C2, C3, C4), теменных (Pz, P1, P2, P3, P4) и затылочных (Oz, O1, O2) отведениях, расположенных по неполной международной схеме 10–10. В качестве референтного использовался объединенный ушной электрод. В процессе записи частоты среза фильтров высоких и низких частот составляли 5 и 30 Гц, соответственно, частота оцифровки ЭЭГ-сигналов – 500 Гц.

При обработке ЭЭГ исключались из анализа участки записей с амплитудой более 250 мкВ, а также отрезки, содержащие большое количество артефактов, связанных с активацией ЭМГ мышц лба. Для анализа отбирались безартефактные 10-секундные фрагменты ЭЭГ во время воображения движений правой и левой руками и во время спокойного бодрствования с открытыми глазами («фон»), предшествующего представлению движений. Для одного сеанса количество таких фрагментов составляло 8-10 для каждой ситуации. Указанные фрагменты ЭЭГ подвергались быстрому преобразованию Фурье с эпохой анализа 2.5 с и взаимным перекрытием эпох 50 %. Применялось сглаживание окном Блэкмана. Для каждого 10-секундного отрезка записи рассчитывали среднюю амплитуду альфа-ритма в полосе частот от 8 до 13 Гц и индексы реактивности (далее – ИР) в соответствии с формулой:

$$\text{ИР} = 100\% \times \left[ \frac{(B - A)}{A} \right],$$

где B – средняя амплитуда альфа-ритма во время представления движений в течение 10 секунд,

A – средняя амплитуда альфа-ритма в фоновой ситуации, предшествующей представлению движений.

Для ситуаций воображения движений левой и правой рук, по фрагментам ЭЭГ, зарегистрированным в течение сессии, отдельно рассчитывали средние арифметические значений ИР.

Положительные значения ИР свидетельствуют об увеличении амплитуды альфа-ритма во время представления движений по сравнению с фоновым уровнем (синхронизация), а отрицательные – об уменьшении амплитуды альфа-ритма (десинхронизация). Для дальнейшего анализа использовали усредненные ИР альфа-ритма во время первого и десятого сеанса тренинга.

Статистический анализ данных проводили с использованием пакета STATISTICA 10.0 (StatSoft Inc.; США). Применение критерия Колмогорова-Смирнова показало, что распределение значений ИР альфа-ритма в исследуемых отведениях не отличалось от нормального, что позволило использовать для обработки данных дисперсионный анализ с повторными измерениями (repeated measures ANOVA). По схеме  $2 \times 2 \times 21$  оценивалось влияние межсубъектного фактора – ГРУППА (принадлежность к группе испытуемых с левосторонним или правосторонним гемипарезом), а также двух внутрисубъектных факторов – РУКА (представление движений левой и правой руками) и ЛОКУС (21 отведение ЭЭГ). Изменения реактивности альфа-ритма у пациентов в результате прохождения курса лечения анализировали с помощью ANOVA с внутрисубъектными факторами СЕАНС (первый и десятый), РУКА и ЛОКУС. Для оценки изменений ИР в каждом из локусов ЭЭГ применяли метод априорных контрастов (оценка F-распределения). Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ , но в связи с небольшим объемом выборки учитывали и тенденции к наличию различий ( $p < 0,10$ ).

*Результаты и их обсуждение.* У пациентов, проходивших реабилитацию с использованием роботизированного комплекса во время прохождения первого сеанса в исследованных отведениях были выявлены разнонаправленные изменения амплитуды альфа-ритма. При этом в большинстве отведений обоих полушарий наблюдалась синхронизация ритма (Рисунки 1, 2, красные столбцы). Паттерны изменений альфа-ритма при воображении движений отличались у групп детей с правосторонним и левосторонним гемипарезом. Близкое к статистически значимому влияние оказывало взаимодействие факторов ГРУППА $\times$ РУКА $\times$ ЛОКУС ( $F_{20, 600} = 1,45$ ,  $p = 0,09$ ). Применение метода априорных контрастов показало, что при воображении разгибания пальцев левой кисти (Рисунок 1) различия достигали статистической значимости в правом теменном отведении P2 ( $F_{1, 30} = 5,10$ ,  $p < 0,05$ ). На рисунке 1 представлена динамика альфа-ритма на первом и десятом сеансе при представлении движения левой рукой.

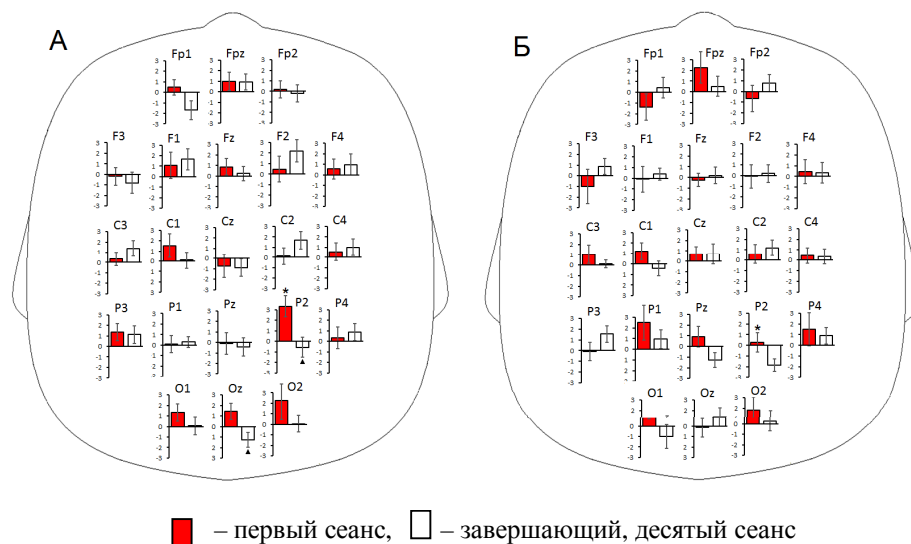


Рисунок 1 – Индексы реактивности альфа-ритма ЭЭГ (%) в группах детей с левосторонним (А) и правосторонним (Б) гемипарезом

**Примечание.** На рисунках 1 и 2 приведены средние значения и ошибки средних. Различия индексов реактивности у детей двух групп: \* –  $p < 0,05$ ; между показателями сеансов: ▲ –  $p < 0,05$ .

При представлении движений левой руки у детей с левосторонним гемипарезом наблюдалась выраженная синхронизация альфа-ритма ЭЭГ (Рисунок 1, А), тогда как у испытуемых с правосторонним гемипарезом – лишь незначительные его изменения (Рисунок 1, Б).

На рисунке 2 представлена динамика альфа-ритма на первом и десятом сеансе при представлении движения правой рукой.

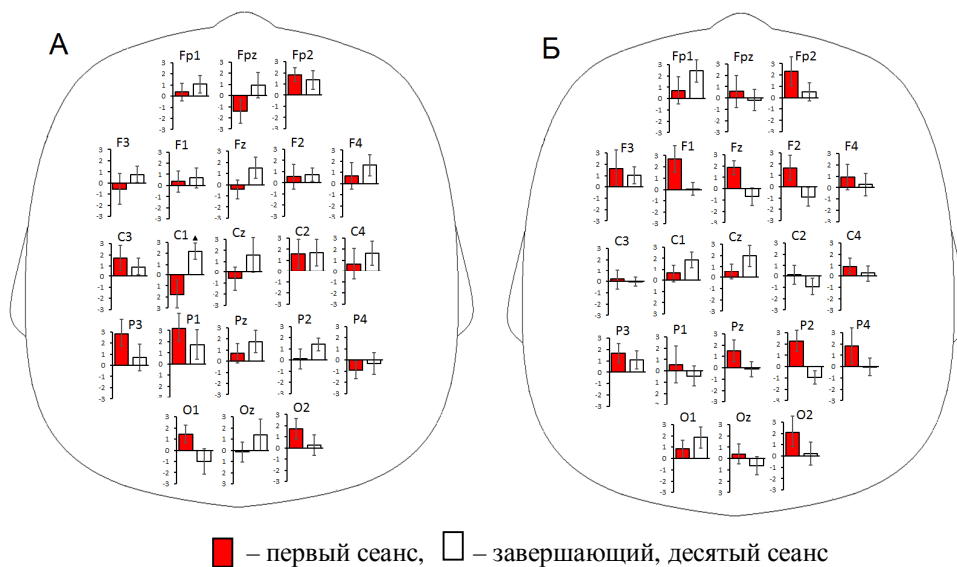


Рисунок 2 – Индексы реактивности альфа-ритма 'ЭЭ1' в группе детей с левосторонним (А) и правосторонним (Б) гемипарезом при представлении движений правой рукой

Серия сеансов роботизированной терапии привела к изменению ИР альфа-ритма пациентов при воображении движений рук. Паттерн реактивности альфа-ритма, выявленный у пациентов во время завершающего, десятого сеанса, отличался от такового в период начала курса реабилитации.

Для группы детей с левосторонним гемипарезом выявлено значимое влияние взаимодействия факторов СЕАНС  $\times$  РУКА  $\times$  ЛОКУС ( $F_{20,300} = 1,84$ ,  $p < 0,05$ ). Во время представления движений паретичной рукой реакция синхронизации альфа-ритма ЭЭГ, наблюдавшаяся ранее в отведениях Fp1, Fp2, P2, Oz, к концу тренингов сменилась реакцией десинхронизации. Различия показателей ИР первого и десятого сеансов достигали уровня статистической значимости в отведениях P2 ( $F_{1,15} = 10,02$ ,  $p < 0,01$ ) и Oz ( $F_{1,15} = 7,68$ ,  $p < 0,05$ ) и приближались к нему в отведении Fp1 ( $F_{1,15} = 3,96$ ,  $p = 0,07$ ). Во время воображения движений правой рукой у детьми с левосторонним гемипарезом значимые различия в реактивности альфа-ритма наблюдались в отведении C1 ( $F_{1,15} = 6,57$ ,  $p < 0,05$ ) – после проведения тренингов реакция десинхронизации альфа-ритма сменилась на синхронизацию.

После прохождения тренингов с использованием экзоскелета степень различия показателей реактивности альфа-ритма в исследуемых отведениях при воображении движений рук у детей с левосторонним и правосторонним гемипарезом уменьшилась – влияние взаимодействия факторов ГРУППА  $\times$  РУКА  $\times$  ЛОКУС стало далеким от значимого ( $F_{20,600} = 0,88$ ,  $p = 0,61$ ).

Усиление десинхронизации в ряде регионов неокортекса сопровождалось ростом связанной с событием синхронизации альфа-ритма в других корковых областях. Так, у детей с левосторонним гемипарезом во время завершающего сеанса заметен значительный рост амплитуды альфа-ритма при воображении разгибания пальцев паретичной руки в области первичной моторной коры (C2, C4) и премоторной коры (F2, F4). Мы рассматриваем такие изменения в частотной полосе альфа-ритма в указанных областях как свидетельство процесса

активного торможения, направленного на предотвращение чрезмерного вовлечения пораженного контралатерального полушария в контроль двигательной активности ребенка.

Поскольку в результате курса нейрореабилитации у детей с ДЦП значительно улучшились двигательные функции верхних конечностей, выявленные нами перестройки паттерна ЭЭГ в частотной полосе альфа-ритма можно рассматривать как проявление процессов благоприятной реорганизации нейронных цепей.

Таким образом, установлено:

1. Нейрореабилитация детей, страдающих ДЦП, с применением комплекса «Экзокисть-2» приводит не только к значимому улучшению характеристик мышечной активности, показателей движений, набора бытовых навыков, но и к перестройке паттерна реактивности альфа-ритма пациентов при воображении движений рук. Вначале курса нейрореабилитации паттерны изменений альфа-ритма при воображении движений одноименных конечностей у детей левосторонним и правосторонним гемипарезом значительно отличались. После прохождения тренингов степень различия показателей реактивности альфа-ритма у детей указанных групп уменьшилась, что может свидетельствовать об определенных благоприятных перестройках активности ЦНС. В основе таких изменений лежит, прежде всего, статистически значимое изменение паттерна реактивности ЭЭГ у пациентов с левосторонним гемипарезом.

2. В целом у детей левосторонним и правосторонним гемипарезом выявлено увеличение доли реакций связанной с событием десинхронизации альфа-ритма, что указывает на рост активации неокортекса в результате курса нейрореабилитации. Выявленные перестройки паттерна ЭЭГ в частотной полосе альфа-ритма рассматриваются нами как проявление усиления процессов нейропластичности нейронных цепей, контролирующих планирование и выполнение сложных движений рук у пациентов.

*Финансирование.* Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда и Республики Крым № 22-15-20035, <https://rscf.ru/project/22-15-20035/>.

#### **Библиографический список**

1. Котов, С.В. Реабилитация больных, перенесших инсульт, с помощью биоинженерного комплекса «интерфейс мозг-компьютер + экзоскелет» / С. В. Котов, Л.Г. Турбина, П.Д. Бобров, А.А. Фролов, О.Г. Павлова, М.Е. Курганская, Е.В. Бирюкова. – Текст : непосредственный // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – Т. 114, N 2-2. – С. 66-72.
2. Ларина, Н.В. Комплекс «Экзокисть-2» в реабилитации верхней конечности при детском церебральном параличе с использованием неинвазивного интерфейса «мозг-компьютер» / Н.В. Ларина, Л.Л. Корсунская, С.В. Власенко. – Текст : непосредственный // Нервно-мышечные болезни. – 2019. – Т. 9(4). – С. 44-50.
3. Ларина, Н.В. Возможности реабилитации детей с синдромом ДЦП с применением роботизированных устройств и биологической обратной связи / Н. В. Ларина, В.Б. Павленко, Л.Л. Корсунская, Ю.О. Дягилева [и др.]. – Текст : непосредственный // Бюллетень сибирской медицины. – 2020. – Т. 19, N 3. – С. 156-165.
4. Левицкая, О.С. Интерфейс мозг-компьютер : будущее в настоящем / О.С. Левицкая, М.А. Лебедев. – Текст : непосредственный // Вестник РГМУ. – 2016. – Т. 2. – С. 4-16.
5. Предварительные результаты контролируемого исследования эффективности технологии ИМК–экзоскелет при постинсультном парезе руки / А.А. Фролов, О.А. Мокиенко, Р.Х. Люкманов, Л.А. Черникова [и др.] // Вестник РГМУ. – 2016. – N 2. – С. 17-25.
6. Эффективность применения комбинированной методики «Неинвазивный интерфейс «Мозг – Компьютер – Экзоскелет кисти» в сочетании с ноотропной терапией в реабилитации детей с детским церебральным параличом / Л.Л. Корсунская, Е.О. Савчук, Н.В. Ларина, А.П. Фалалеев [и др.]. – Текст : непосредственный // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2020. –Т. 15(1). – С. 58-61.

7. Фролов, А.А. Интерфейс мозг-компьютер : нейрофизиологические предпосылки и клиническое применение / А.А. Фролов, П.Д. Бобров. – Текст : непосредственный // Журнал высшей нервной деятельности. – 2017. – Т. 67(4). – С. 365-376.
8. Action experience, more than observation, influences mu rhythm desynchronization / E.N. Cannon, K.H. Yoo, R.E. Vanderwert, P.F. Ferrari [et al.] // PLoS One. – 2014. – V. 9(3).
9. A novel EEG-based brain mapping to determine cortical activation patterns in normal children and children with cerebral palsy during motor imagery tasks / Y.K. Shin, D.R. Lee, H.J. Hwang, S.J. You [et al.] // Neurorehabilitation. – 2012. – V. 31(4). – P. 349-355.
10. Bazanova O.M., Vernon D. Interpreting EEG alpha activity. Neurosci / O.M. Bazanova, D. Vernon // Biobehav. Rev. – 2014. – V. 44. – P. 94-110.
11. Gulyaeva N.V. Molecular Mechanisms of Neuroplasticity: An Expanding Universe / N.V. Gulyaeva // Biochemistry (Mosc). – 2017. – V. 82(3). – P. 237-242.
12. Harnessing neuroplasticity for clinical applications / S.C. Cramer, M. Sur, B.H. Dobkin [et al.] // Brain. – 2011. – V. 134. – P. 1591-1609.
13. Lopresti A.L., Maker G.L., Hood S.D., Drummond P.D. A review of peripheral biomarkers in major depression: the potential of inflammatory and oxidative stress biomarkers // Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. – 2014. – V. 48. – P. 102-111.
14. Ivakhnitskaia E., Lin R.W., Hamada K., Chang C. Timing of neuronal plasticity in development and aging // Wiley Interdiscip. Rev. Dev. Biol. – 2018. – V. 7(2). – P. 10.
15. Raymaekers R., Wiersema J.R., Roeyers H. EEG study of the mirror neuron system in children with high functioning autism // Brain research. – 2009. – V. 1304. – P. 113-121.
16. Lepage J.F., Théoret H. EEG evidence for the presence of an action observation-execution matching system in children // Eur J Neurosci. – 2006. – V. 23(9). – P. 2505-10.
17. Thorpe S.G., Cannon E.N., Fox N.A. Spectral and source structural development of mu and alpha rhythms from infancy through adulthood // Clin. Neurophysiol. – 2016. – V. 127(1). – P. 254-269.

**Информация об авторах:** С.В. Власенко – д-р мед. наук, *vlasenko65@rambler.ru*, Т.Ф. Голубова – д-р мед. наук, профессор, *golubovatf@mail.ru*, Э.А. Османов – канд. мед. наук, *spaun55@mail.ru*, Е.А. Бирюкова – канд. мед. наук, *biotema@mail.ru*, М.Д. Отинов, *dr\_otinov@inbox.ru*, Ф.С. Власенко, *fedor.vlasenko2019@mail.ru*

**Information about the authors:** S.V. Vlasenko – Doctor of Medicine, *vlasenko65@rambler.ru*, T.F. Golubova – Doctor of Medicine, Professor, *golubovatf@mail.ru*, E.A. Osmanov – Candidate of Medicine, *spaun55@mail.ru*, E.A. Biryukova – Candidate of Medicine, *biotema@mail.ru*, M.D. Otinov, *dr\_otinov@inbox.ru*, F.S. Vlasenko, *fedor.vlasenko2019@mail.ru*

## **Современные технологии и методы физиотерапии и механотерапии в лечении детей с ДЦП**

**Е.В. Иконникова, Н.И. Цыбуля**

Областное государственное бюджетное учреждение «Реабилитационный центр  
для детей и подростков с ограниченными возможностями имени В.З. Гетманского»,  
Белгородская область, с. Веселая Лопань, 308580, Россия

**Аннотация:** В статье представлены результаты проведения комплексных процедур с применением современных технологий и методов физиотерапии и механотерапии в лечении детей со спастической диплегией. Авторами описывается структура контингента пациентов, используемые комбинированные методы лечения и результаты.

**Ключевые слова:** спастическая диплегия, детский церебральный паралич, микрополяризация, иммерсионная ванна, корригирующий костюм, имитатор опорной нагрузки.



## Modern technologies and methods of physiotherapy and mechanotherapy in the treatment of children with cerebral palsy

**Evgeniya V. Ikonnikova, Nadezhda I. Tsybulya**

Regional State Budgetary Institution «Rehabilitation Center for Children and Adolescents with Disabilities named after V.Z. Getmanskiy»,  
Veselaya Lopan, Belgorod region, 308580, Russia

**Abstract.** The results of complex procedures with the use of modern technologies and methods of physiotherapy and mechanotherapy in the treatment of children with spastic diplegia are presented in the article. The authors describe the structure of the patients contingent, the combined methods of treatment used and the results.

**Key words:** spastic diplegia, children's cerebral palsy, micropolarization, immersion bath, corrective suits, reference of load simulator.

Согласно статистической информации в России по состоянию на декабрь 2021 года количество детей-инвалидов составило 728 988 человек, из них в Белгородской области – 5913 человек. Наибольшую долю из них составляют дети с психическими и неврологическими заболеваниями [6].

В Белгородской области успешно функционируют несколько реабилитационных учреждений для детей с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья, одним из которых является ОГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями имени В.З. Гетманского» (далее – Центр). Центр был открыт 7 апреля 2003 г. постановлением Главы администрации Белгородской области от 27 марта 2001 N 200 в с. Весёлая Лопань. Основной задачей Центра является комплексная медико-социальная и психолого-педагогическая реабилитация детей и подростков с заболеваниями центральной нервной системы, детским церебральным параличом, патологией опорно-двигательного аппарата с нарушениями статодинамических функций. Ежегодно реабилитацию в учреждении проходят более 800 детей.

В 2021 году в Центре прошли лечение 438 человек (загруженность учреждения в данный период составила 50 %, что связано со сложной эпидемиологической ситуацией в регионе, обусловленной распространением новой коронавирусной инфекцией). Из 438 пациентов 83 проходили реабилитацию повторно.

Контингент пациентов Центра за 2021 год включал: мальчиков – 240 человек, девочек – 198; городских жителей – 268 человек, сельских – 170; с ортопедическими заболеваниями – 143, с неврологическими – 295 детей.

Самым распространенным диагнозом среди пациентов с неврологическими заболеваниями в 2021 году была спастическая диплегия – 93 ребенка (21 % от общего числа пациентов и 31,5 % от числа пациентов неврологического профиля).

Информация о численности пациентов со спастической диплегией в разрезе по возрасту, полу, месту проживания и наличию сопутствующих патологий представлена в таблицах 1-4.

Таблица 1 – Распределение пациентов со спастической диплегией по возрасту

Возраст	Количество
3-7 лет	18
7-14 лет	41
14-18 лет	34
<b>Итого:</b>	<b>93</b>

Таблица 2 – Распределение пациентов со спастической диплегией по полу

Пол	Количество
мальчики	52
девочки	41
<b>Итого:</b>	<b>93</b>

Таблица 3 – Распределение пациентов со спастической диплегией по месту проживания

Место проживания	Количество
город	58
село	35
<b>Итого:</b>	<b>93</b>

Таблица 4 – Сопутствующая патология у пациентов со спастической диплегией

Нозология	Количество
Нарушение осанки	93 (100 %)
Плоскостопие	85 (91 %)
Заболевания глаз (миопия)	21 (22 %)
Эпилепсия(в анамнезе)	11 (12 %)
Аллергия	8 (8,6 %)
Ожирение	9 (9,7 %)
Болезни ССС	4 (4,3 %)

В связи с тем, что все дети со спастической диплегией имеют сочетанную патологию, целесообразно проводить параллельное лечение не только по основному заболеванию, но и сопутствующей патологии. В настоящее время все большую популярность набирают совместные комбинированные методики физиотерапевтического лечения и ЛФК.

Для оценки результатов реабилитации детей с диагнозом – спастическая диплегия было проведено исследование влияния совместного применения иммерсионной ванны и массажа; вертикализатора и ИОН «Корвит»; метода микрополяризации (далее – ТКМП) совместно с костюмом проприоцептивной коррекции «Адели».

Для исследования по каждой методике было отобрано 34 человека. Дети были разделены на 2 группы. Первая группа (17 детей) получала совмещенные процедуры, Вторая группа (17 детей) получала только по одной процедуре – иммерсионная ванна, вертикализатор, ТКМП.

Все дети получили по 10 процедур, средняя продолжительность которых составила 30 мин. Результаты оценивались при помощи данных объективного осмотра врачом-неврологом с определением уровня спастичности перед началом лечения и после его завершения, а также анкетирования родителей и детей.

Пациенты первой группы получали комплексное лечение с включением трех комбинированных методов:

1. Массаж и процедуры сухой иммерсии на водно-иммерсионном комплексе «Медсим».

Массаж проводился по классической методике, направленной на снижение спастичности и гипертонуса мышц, улучшение кровоснабжения и т.д.

Иммерсионная ванна – новый высокоэффективный немедикаментозный метод лечения и реабилитации заболеваний опорно-двигательного аппарата. Метод иммерсионной терапии основан на влиянии кратковременной антигравитации на организм человека в условиях иммерсионной (водной) среды и используется при лечении хронических заболеваний опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой и нервной систем, эндокринных заболеваний [4, с. 88].

Сочетание процедур массажа и иммерсионной ванны направлены на расслабление мышц, улучшение кровоснабжения, питание органов и систем; способствует улучшению координации движений, увеличению амплитуды движений в суставах, улучшению сна и нормализации эмоционального состояния.

2. Ношение корригирующих костюмов «Адели» и транскраниальная микрополяризация.

Микрополяризация головного мозга представляет собой новый высокоэффективный метод, который дает возможность направленно менять функциональное состояние разных звеньев центральной нервной системы. Во время процедуры микрополяризации осуществляется воздействие постоянным током очень низкой амплитуды на выбранные структурные образования головного и спинного мозга. Термин «микрополяризация» объединяет в себе параметры постоянного тока и механизм действия микротока, приложенного к нервной ткани (поляризация клеточной и синаптической мембраны). Микрополяризация позволяет стимулировать формирование, развитие, восстановление двигательной, когнитивной, речевой функций, памяти, внимания, тонкой моторики; способствует нормализации мышечного тонуса, координации движений, улучшению контроля за поведением, купированию гиперкинезов, эпилептических приступов у детей, уменьшению очагов деструкции головного мозга у больных, перенесших инсульт и черепно-мозговую травму [1, с. 78].

Отмечается, что в комплексном лечении с проприоцептивным костюмом «Адели» положительный эффект при микрополяризационном воздействии выше.

Лечебный костюм «Адели» представляет собой силовую систему, состоящую из опорных элементов: жилетки, шорт, надколенников и эластичных регулируемых тяг, с помощью которых, с лечебной целью создается целенаправленная коррекция позы и дозированная нагрузка на опорно-двигательный аппарат пациентов с целью нормализации проприоцептивной афферентации [5, с. 115].

При использовании лечебного костюма «Адели» у пациентов отмечается: улучшение двигательных функций и навыков; улучшение психоэмоциональных, вегетативных функций; снижение выраженности гиперкинезов; снижение патологического мышечного тонуса; улучшается память, внимание; уменьшается спастичность мышц речевого аппарата; происходит гармонизация процессов торможения-возбуждения.

3. Занятия на имитаторе опорной нагрузки (далее – ИОН) подошвенном «Корвит» со статической вертикализацией.

Аппарат «Корвит» представляет собой имитатор подошвенной опорной нагрузки. Благодаря механическому воздействию на опорные зоны стопы происходит активизация коры головного мозга, и, как следствие, увеличивается чувствительность и снижается спастичность в конечностях. Реабилитация на данном аппарате позволяет восстановить баланс сил мышц-разгибателей и мышц-сгибателей. С его применением возможно нормализовать функцию ходьбы, и в тоже время он легко совместим с другими методиками реабилитации [2, с. 464].

Одной из разновидностей комбинированного применения ИОН «Корвит» с применением статической вертикализации является постановка ребенка в вертикальном положении таким образом, чтобы обеспечить осевую нагрузку при соблюдении правильного расположения в пространстве опорных осевых и индивидуального строения тела каждого пациента. Вертикализация ребенка, имеющего повреждения ЦНС с одновременной коррекцией имеющихся деформаций опорно-двигательного аппарата, приводит не только к физиологическим и функциональным изменениям, но и является дополнительным стимулом и мотивирует ребенка к хождению, открывая ему новые возможности его тела [3, с. 133].

До проведения процедур детям и родителям было предложено оценить состояние следующих параметров по десятибалльной шкале:

- спокойствие по время сна;
- ровность походки;
- наличие болевых ощущений;
- стабильность эмоционального состояния;
- координация движений.

После проведения седьмой комплексной процедуры с применением современных методов физиотерапии и механотерапии родителям и детям предлагалось пройти

анкетирование с целью определения динамики происходящих изменений. Опросник содержал следующие вопросы, на которые можно ответить «да/нет»:

- «Наблюдается ли у ребёнка улучшение сна?»;
- «Отмечается ли бóльшая уверенность в походке ребенка?»;
- «Чаще ли ребенок жалуется на болевые ощущения?»;
- «Раздражительнее ли стал ребенок?»;
- «Наблюдается ли общее улучшение координации движений?».

После десятой процедуры родители и дети повторно отмечали на десятибалльной шкале состояние параметров, указанных перед началом терапии.

Показатели итогового анкетирования представлены в таблице 5.

Таблица 5 – Показатели анкетирования

Группы детей по 17 человек	Улучшение сна	Улучшение походки	Снижение болевых ощущений	Нормализация эмоционального состояния	Улучшение координации движений
Группа I (комплексные процедуры)	10	9	9	10	9
Группа II (единичные процедуры)	7	6	6	6	5

На основании полученных в ходе анкетирования результатов, а также заключений врача-невролога, сделанных по итогам проведения исследования, можно сделать вывод, что у детей, которые получали комбинированные процедуры, результаты более ощутимые, чем у детей, которые получали только по одной процедуре.

Следует отметить, что, несмотря, на краткосрочный курс проведенных комбинированных процедур и небольшое количество пациентов со статической диплегией, которые приняли участие в исследовании, можно отметить тенденцию к более эффективному результату при использовании комбинированных процедур.

#### Библиографический список

1. Анцупова, Г.В. Метод микрополяризации и его применение в комплексном лечении детей с ОВЗ / Г.В. Анцупова. – Текст : непосредственный // Педагогический поиск. – 2015. – N 11-12. – С. 78-80.
2. Главатских, Ю.О. Оценка эффективности применения реабилитационных методик биологической обратной связи и инновационная программа «Корвит» у детей с ДЦП на базе реабилитационного Воронежского областного центра «Парус надежды» / Ю.О. Главатских, К.А. Бучнева, Л.А. Уточкина. – Текст : непосредственный // Молодежный инновационный вестник. – 2021. – Том 10. – С. 463-466.
3. Корсакова, Е.А. Роль вертикализации и ортопедической коррекции в медицинской реабилитации детей с ДЦП / Е. А. Корсакова. – Текст : непосредственный // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2015. – N 2. – Том 21. – С. 133а-133.
4. Михайлова, О.В. Современные подходы к социальному сопровождению и комплексной реабилитации инвалидов с тяжелыми ограничениями жизнедеятельности (из опыта работы ГБУ «Московский городской центр реабилитации» / О.В Михайлова, А.Я. Абкович. – Текст : непосредственный // Организация комплексного сопровождения обучающихся с нарушением опорно-двигательного аппарата. Сборник материалов I Всероссийской научно-практической конференции / Отв. ред. Н. П. Болотова. – М. : МГГЭУ, 2019. – С. 85-90.
5. Молчанова, Т.В. Анализ опыта применения метода динамической проприоцептивной коррекции в центре медико-социальной реабилитации инвалидов «Росток» Забайкальского края / Т.В. Молчанова, С.Т. Кохан // Состояние здоровья : медицинское, психолого-педагогическое и социальный аспекты : IX Международная научно-практическая интернет-

конференция. Чита, 23-29 апреля 2018 г. / Забайкал. гос. ун-т ; отв. ред. А.Э. Мелоян. – Чита : ЗабГУ, 2018. – С. 113-117.

**6. Федеральная государственная информационная система. Федеральный реестр инвалидов.** Численность детей инвалидов. – URL: <https://sfri.ru/analitika/chislennost/chislennost-detei> (дата обращения: 30.10.2022). – Текст : электронный.

**Информация об авторах:** Е.В. Иконникова, [evg-rastyapina@yandex.ru](mailto:evg-rastyapina@yandex.ru), Н.И. Цыбуля, [ts.nadezhda89@gmail.com](mailto:ts.nadezhda89@gmail.com)

**Information about the authors:** Evgeniya V. Ikonnikova, [evg-rastyapina@yandex.ru](mailto:evg-rastyapina@yandex.ru), Nadezhda I. Tsybulya, [ts.nadezhda89@gmail.com](mailto:ts.nadezhda89@gmail.com)

## **Организация работы учителя-дефектолога по формированию мелкой моторики рук у детей с детским церебральным параличом**

**Т.В. Фрейлих**

Государственное казенное учреждение Самарской области  
«Сергиевский реабилитационный центр для детей и подростков  
с ограниченными возможностями», с. Сергиевск, 446541, Россия

**Аннотация.** В статье представлен опыт по развитию и коррекции движений руки, формированию крупной и мелкой моторики у детей с детским церебральным параличом. В результате, при своевременно проведенной коррекционной работе у большинства детей с детским церебральным параличом кисти рук приобретают подвижность, гибкость, исчезает скованность движений; движения в руке становятся более согласованными, координированными. Происходят улучшения в формировании и коррекции графических навыков, а также в развитии мелкой и крупной моторики, зрительно-двигательной координации, тактильных ощущений.

**Ключевые слова:** детский церебральный паралич, мелкая моторика рук; методы и приемы.

## **Organization of the work of a teacher-defectologist on the formation and fine motor skills of hands in children with cerebral palsy**

**T.V. Freilich**

State institution Samara region "Sergius rehabilitation center for children and adolescents with disabilities", s. Sergievsk, 446541, Russia

**Abstract.** The article presents the experience in the development and correction of hand movements, the formation of large and small motor skills in children with cerebral palsy. As a result, with timely corrective work, most children with cerebral palsy acquire mobility, flexibility, stiffness of movements disappears; movements in the hand become more coordinated, coordinated. There are improvements in the formation and correction of graphic skills, as well as in the development of fine and large motor skills, visual-motor coordination, tactile sensations.

**Key words:** cerebral palsy, fine motor skills of hands; methods and techniques.

На всех этапах жизни ребенка движения рук очень важны. Необходимо развивать мелкую моторику, так как вся дальнейшая жизнь ребенка потребует точных, координированных движений кистей и пальцев, которые необходимы, чтобы выполнять множество разнообразных бытовых и учебных действий.

Диагноз детский церебральный паралич (далее – ДЦП) у детей – это обширное поражение двигательных зон головного мозга и проводящих путей. С этим связаны нарушения крупной и мелкой моторики. Дети с диагнозом ДЦП ограничены в движении. Двигательные нарушения при этом заболевании выступают ведущим дефектом и представляют собой своеобразную аномалию моторного развития, которая без

соответствующей коррекции и компенсации оказывает неблагоприятное воздействие на весь ход формирования нервно-психических функций ребенка [2].

Особенности развития детского мозга, его пластичность и способность к компенсированию нарушенных функций обуславливают важность ранней коррекционно-развивающей работы при ДЦП. Формирование двигательных функций, в том числе и тонких движений рук, происходит в процессе взаимодействия ребенка с окружающим предметным миром. Кроме того, двигательная активность ребенка, его предметно-манипуляторная деятельность, способствующая развитию тонких движений кистей и пальцев рук, оказывает стимулирующее влияние на речевую функцию ребенка. Для достижения цели – своевременное развитие речи, личности ребенка, адаптация в социуме – необходимо проведение систематической коррекционно-развивающей работы по формированию крупной и мелкой моторики рук у ребенка с ДЦП на занятиях учителя-дефектолога.

Основной контингент получателей социальных услуг в государственном казенном учреждении Самарской области «Сергиевский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» (далее – ГКУ СО «Сергиевский РЦДиПОВ»): дети с ограниченными возможностями здоровья и дети-инвалиды, имеющие различные нарушения в развитии (болезни нервной системы; опорно-двигательного аппарата; психические расстройства и расстройства поведения, не создающие угрозу безопасности в детском коллективе; расстройств аутистического спектра; врожденные аномалии; хромосомные нарушения).

Охарактеризуем работу с детьми с ДЦП, так как двигательные нарушения более тяжелые и труднее поддаются коррекции. 30 % воспитанников, посещающих ГКУ СО «Сергиевский РЦДиПОВ» составляют дети с детским церебральным параличом. Следует отметить, что все дети разные по возрасту и имеют индивидуальные физические особенности: есть дети, имеющие грубые нарушения координации движений; дети с гиперкинезом конечностей; дети с патологическими изменениями мышечного тонуса и др., поэтому необходимо строить и подбирать задания индивидуально.

Целью коррекционно-развивающей работы учителя-дефектолога с детьми с ДЦП по формированию мелкой моторики рук является последовательное развитие и коррекция движений руки, формирование крупной и мелкой моторики, что обеспечивает своевременное развитие речи, личности ребенка, адаптацию в социуме.

Основные принципы построения коррекционно-развивающей работы:

- раннее начало коррекционно-развивающей работы с детьми, страдающими ДЦП;
- изучение нарушенных и сохранных функций;
- дифференцированный подход;
- систематичность и последовательность изложения материала;
- активность и наглядность.

Коррекционно-развивающая работа должна проводиться ежедневно с соблюдением охранительного режима: выбор позы во время занятия, положение головы, подбор мебели.

Следует отметить основные трудности, с которыми приходится сталкиваться в процессе организации занятий:

- недостаточно развита крупная и мелкая моторика пальцев рук. Детям трудно крепить, нанизывать мелкие детали;
- нарушена зрительно-моторная координация движений. Ребенок часто промахивается при попытке взять предмет, так как неверно оценивает направление, не может проследить зрительно за движением своей руки;
- графическая деятельность носит характер черкания. Дети, с произвольными навязчивыми движениями даже стараясь воспроизвести форму, рисуют хаотически, проводят линии за пределы бумаги;

– нарушение оптико-пространственного восприятия выражается неправильной подачей пространственных отношений между отдельными предметами или их элементами, смещению рисунка относительно листа.

При определении системы работы по коррекции двигательных нарушений следует учитывать, что личностная незрелость ребенка, страдающего ДЦП, проявляется в слабости волевых установок, эмоциональной лабильности. Стойкие неудачи при попытках воспроизвести нужное движение или действие могут привести к отказу от занятий. Поэтому любое задание необходимо предлагать в игровой форме, которая вызовет у него интерес.

Весь комплекс по развитию мелкой моторики рук можно условно разделить на составляющие:

1. *Пальчиковая гимнастика.* Пальчиковые игры важная часть работы по развитию мелкой моторики [3]. Это инсценировка каких-либо рифмованных историй, сказок, стихов при помощи пальцев. В ходе пальчиковых игр ребенок, повторяя движения, активизирует моторику рук, тем самым вырабатывается ловкость, умение управлять своими движениями. Упражнения проводятся на разных уровнях сложности: по подражанию, по речевой инструкции. Сначала словесная инструкция сопровождается показом, затем степень их самостоятельности увеличивается. Показ устраняется и остается только словесная инструкция.

2. *Самомассаж.* Каждое занятие по развитию мелкой моторики рекомендуется начинать с элементов самомассажа кисти и пальцев рук. Массаж является одним из видов пассивной гимнастики. Под его влиянием в рецепторах кожи и мышцах возникают импульсы, которые, достигая коры головного мозга, оказывают тонизирующее воздействие на центральную нервную систему, в результате чего повышается ее регулирующая роль в отношении работы всех систем и органов. Начинается и заканчивается самомассаж с расслабления кистей рук, поглаживания.

3. *Упражнения с использованием различных предметов и материалов:*

- выкладывание контура предметов из разноцветных шнурков, мягкой проволоки;
- нанизывание пуговиц, бусин на толстую леску;
- сортировка бобов, а также крупы сначала одной, а затем двумя руками одновременно;
- расстегивание и застегивание пуговиц, молний, кнопок;
- завинчивание и отвинчивание крышек у пузырьков, банок;
- подбор, открывание и закрывание ключами замков;
- наматывание длинного шнура на катушку;
- нахождение спрятанных предметов в сухом бассейне с крупой, песком;
- шнуровка на специальных рамках и т.д.

4. *Подготовка к письму.* Письмо – сложный координационный навык, требующий слаженной работы мелких мышц кисти, всей руки, правильной координации движений всего тела. Владение навыком письма трудоемкий процесс, который детям с ДЦП достается нелегко [1]. При работе по формированию навыка письма необходимо помнить о соблюдении следующих условий: правильная посадка при письме; постановка руки; ориентировка на странице тетради и строке; правильное движение руки по строке; штриховка; обводка лекал, шаблонов; графические упражнения; письмо элементов строчных букв.

Работая над развитием крупной и мелкой моторики пальцев рук, можно добиться определенных результатов: кисти рук приобретают подвижность, гибкость, исчезает скованность движений; определяется ведущая рука; изменяется тип хватания: захвата с кулачкового на трехпальцевый; движения рук становятся более согласованными, координированными; улучшается речь; наблюдается согласованность зрительного и двигательного анализатора.

Таким образом, каждое занятие, входящее в предложенную систему, решает несколько задач, а именно: формирование и коррекция графических навыков, развитие крупной и мелкой моторики рук, зрительно-двигательной координации, тактильных ощущений.

### Библиографический список

1. Бабенкова, Р.Д. Обучение технике письма учащихся с церебральными параличами : Методические рекомендации / Р.Д. Бабенкова. – М. : Просвещение, 2001. – 231 с.
2. Специальная педагогика : Учеб. пособие для студ. высших пед. учебн. заведений / Л.И. Аксенова, Б.А. Архипов [и др.] ; под ред. Н.М. Назаровой. – 3-е изд., испр. – М. : Изд. центр «Академия», 2004. – 400 с. – Текст : непосредственный.
3. Косинова, Е.М. Новые подходы к построению системы упражнений по развитию сложнокоординированных движений кистей и пальцев рук (с использованием пальчиковой гимнастики) / Е.М. Косинова. – Текст : электронный // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2009. – N 4. – С. 59-65. – URL: <https://nsportal.ru/shkola/korreksionnaya-pedagogika/library/2013/01/26/novye-podkhody-k-postroeniyu-sistemy> (дата обращения: 30.11.2022).

**Информация об авторах:** Т.В. Фрейлих, [freilih-taisia@mail.ru](mailto:freilih-taisia@mail.ru)

**Information about the authors:** T.V. Freilich, [freilih-taisia@mail.ru](mailto:freilih-taisia@mail.ru)

### Медицинская реабилитация инвалидов с травматическими и компрессионно-ишемическими невропатиями

**И.Я. Чапко, А.Н. Филиппович, Ю.А. Овсянник, В.Е. Перкова**

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», г. Минск, 223027, Республика Беларусь

**Аннотация:** разработана технология медицинской реабилитации инвалидов с травматическими и компрессионно-ишемическими невропатиями, алгоритмы формирования индивидуальной программы реабилитации (абилитации) в зависимости от вида и тяжести нарушений, этапа медицинской реабилитации.

**Ключевые слова:** болезни периферической нервной системы, невропатия, медицинская реабилитация инвалидов.

### Medical rehabilitation of disabled people with traumatic and compression-ischemic neuropathies

**Igor Y. Chapko, Aleksandr N. Filipovich, Julia A. Ovsyannik, Viktoryia E. Piarkova**

National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation  
Minsk, 223027, Republic of Belarus

**Abstract.** The technology of medical rehabilitation of disabled people with traumatic and compression-ischemic neuropathies, algorithms for the formation of an individual rehabilitation program (habilitation) depending on the type and severity of disorders, the stage of medical rehabilitation.

**Key words:** diseases of the peripheral nervous system, neuropathy, medical rehabilitation of the disabled.

Медицинская реабилитация инвалидов с заболеваниями и травмами периферической нервной системы предполагает ряд общих последовательно закономерных этапов, присущих общей венозологической технологии организации реабилитации: выбор предмета реабилитации, реабилитационную диагностику, оценку реабилитационного потенциала, формирование и практическое выполнение индивидуальной программы реабилитации с последующей оценкой эффективности. Вместе с тем, технология предусматривает ряд особенностей в выборе методов, обусловленных спецификой формирования вялого, а не спастического пареза, этапностью саногенетических и патологических механизмов невропатий [1;2;3;4].



*Целью* исследования явилась разработка технологии медицинской реабилитации инвалидов и пациентов с высоким риском инвалидизации с травматическими и компрессионно-ишемическими невропатиями, алгоритмов формирования индивидуальной программы реабилитации (абилитации) в зависимости от вида и тяжести нарушений, этапа медицинской реабилитации.

*Методы.* В основу разработок положены результаты исследования 62 человек. Среди обследованных пациентов было 48 (77,5 %) мужчин и 14 (22,5 %) женщин. Возрастное распределение пациентов показало, что большинство обследованных были представлены в возрасте 51-60 лет – 24 человека (38,7 %), 41-50 лет – 20 человек (32,3 %), до 40 лет – 16 человек (25,8 %), старше 60 лет – 2 человека (3,2 %). Среди установленного этиологического фактора заболевания преобладала подгруппа пациентов с травматическим генезом заболевания – 37 человек (59,7 %). Компрессионно-ишемическая этиология невропатий отмечалась у 25 (40,3 %) пациентов. Наиболее часто отмечалось поражение срединного нерва (16 человек, 25,8 %), достаточно часто встречались невропатии малоберцового нерва (13 человек, 21,0 %), несколько реже отмечалась невропатия локтевого (10 человек, 16,1 %) и лучевого (8 человек, 12,9 %) нервов, реже встречались невропатии большеберцового (6 человек, 10,0 %), седалищного (5 человек, 8,0 %), подмышечного (4 человека, 6,5 %) нервов.

В качестве количественной меры выраженности нарушений использовалось такое понятие, как функциональный класс (далее – ФК) и ранжирование по пяти ФК: от ФК0 (отсутствие нарушений) до ФК4 (резко выраженные нарушения). Двигательные нарушения у пациентов с невропатиями проявлялись в виде вялого периферического пареза различной степени выраженности (62 человека, 100,0 %), который у 32 человек (51,6 %) был в пределах ФК1, у 28 человек (45,2 %) – ФК2 и у 2 пациентов (3,2 %) имели место выраженные нарушения (ФК3). Алгический синдром, зафиксированный у 33 человек (53,2 %) был представлен болевыми ощущениями различного генеза, преимущественно ноцицептивной болью, хотя у ряда пациентов имелось болевое поведение, обусловленное хроническим болевым расстройством. У 21 (33,9 %) обследованных нами пациентов алгии оценивались в рамках ФК1, у 12 (19,4 %) диагностировался умеренный (ФК2) болевой синдром. Трофические нарушения, проявлявшиеся в виде гипотрофии или атрофии мышц, истончения и индурации кожных покровов, рубцов от заживших язв выявлялись у 23 пациентов (37,1 %), при этом у 11 человек (17,7 %) нарушения были в рамках ФК1; 12 человек (19,4 %) – ФК2. У 14 пациентов (22,6 %) во время осмотра отмечались различные проявления вегетативных нарушений: цианотичность кожных покровов, снижение кожно-мышечной температуры, отечность. У 10 (16,1 %) обследованных нами пациентов нарушения оценивались в рамках ФК1, у 4 (6,5 %) – ФК2.

При формировании плана или программы медицинской реабилитации пациент осматривался специалистами мультидисциплинарной бригады, которая проводила экспертно-реабилитационную диагностику (оценка реабилитационного потенциала, установление клинико-функционального диагноза, определение реабилитационного прогноза, функционального класса нарушений, категорий нарушений, в том числе ограничений жизнедеятельности, оценку изменений в функции, структурах, активности и участии с учетом положений «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья»), формировала цели реабилитационных мероприятий и индивидуальную программу медицинской реабилитации (абилитации) пациента (далее – ИПМР).

*Результаты и обсуждение.* В реабилитации пациентов целесообразно комплексное использование технологий лечебной физкультуры, эрготерапии, психотерапии, аппаратной физиотерапии, водолечения, лекарственных средств.

Основной акцент при проведении медицинской реабилитации должен быть на физической реабилитации. Задачами кинезотерапии являются: нормализация познотонических реакций, начиная от повышения (нормализации) тонуса отдельных мышечных групп (гипотонуса) и заканчивая восстановлением сложных движений; ликвидация или

компенсация патологических двигательных стереотипов и заместительных движений; укрепление мышечной системы пациента, повышение мышечной силы в конечностях, нормализация подвижности суставов с предупреждением гипермобильности при низком тоне; стимуляция произвольных движений конечностей; обучение стоянию (поддержание вертикальной позы) и самостоятельному передвижению.

Лечебная физическая культура продолжительностью 30-45 минут, и длительностью курса 16-21 день, осуществляется, ежедневно и предусматривает: лечение положением; координаторную гимнастику; дыхательную гимнастику; упражнения, направленные на повышение мышечного тонуса и мышечной силы; занятия по восстановлению позо-статических функций; динамическую проприокоррекцию; тренировку двигательного праксиса; механотерапию; локомоторную терапию. Эрготерапия включает: сенсомоторную тренировку (тренировка чувствительности, тренировка тонкой моторики), тренировку перемещения и навыков самообслуживания.

Физические упражнения проводятся индивидуально и в группе. Комплекс применяется со 2-го дня пребывания пациента в отделении реабилитации и используется до последнего дня пребывания. Применение комплексов, выбор методов ЛФК осуществляется индивидуально, в зависимости от локализации повреждения (верхняя или нижняя конечность), степени выраженности (ФК) статодинамических нарушений (умеренные, выраженные, резко выраженные), динамики восстановления нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности. В последние дни реабилитации формируется комплекс упражнений для продолжения их выполнения пациентом на домашнем этапе реабилитации.

Мероприятия физической реабилитации (физиотерапия) формируются в зависимости от периода заболевания (травмы нерва).

На лечебно-реабилитационном этапе, в остром периоде: парафиновые и озокеритовые аппликации (парафино-озокеритовые аппликации применяются при сохранности тактильной чувствительности), электростимуляция синусоидальными модулированными токами или магнитостимуляция паретичных мышц, электрофорез и ультрафонофорез стимулирующих и рассасывающих лекарственных веществ, лечебные грязи и ванны.

В раннем восстановительном периоде (первые 3 недели), на раннем стационарном этапе медицинской реабилитации, в подостром периоде, в том числе после операции, а также включающим период иммобилизации: электрическое поле ультравысокой частоты и переменное магнитное поле.

К исходу первой недели после операции, а также после купирования острых явлений, в комплекс добавляется нейростимулирующая терапия. Применяется электрофорез прозерина или галантамина, электростимуляция поврежденных нервов и атрофированных мышц.

При повторном направлении пациента на медицинскую реабилитацию осуществляется прекращение иммобилизации, мероприятия продолжаются до 3 месяцев послеоперационного периода. Применяются: ультрафиолетовое облучение сегментарных зон позвоночника и зоны иннервации травмированного нерва, электромагнитное поле сверхвысокой частоты, дарсонвализация сегментарных зон позвоночника и поверхности травмированной конечности, ультразвук и пелоидотерапия. Продолжается нейростимулирующая терапия.

Массаж (11-15 процедур) применяется в качестве пассивного реабилитационного физического воздействия. Задачи массажа при вялых параличах: укрепление паретичной мускулатуры, повышение тонуса и силы мышц, уменьшение степени их атрофии; профилактика образования контрактур и деформаций суставов; улучшение крово- и лимфообращения; уменьшение степени выраженности болевого синдрома при его наличии; ускорение процессов регенерации пораженных нервных сплетений и волокон; пассивное восстановление движений; оздоровление и оптимизация общесоматического состояния пациента.

Рефлексотерапия осуществляется ежедневно или через день: 10-15 процедур.

Психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия медицинской реабилитации осуществляются психологом и врачом-психотерапевтом и проводятся в следующих целях: предупреждения или ликвидации расстройств адаптации; предупреждения или снижения

среднего и высокого уровня тревожности; профилактики тревожных расстройств; ликвидации психогенных астений; обучения релаксационным техникам, направленным на самоконтроль стресса, мышечно-тонических (статодинамических) нарушений. Индивидуальная психотерапия предусматривает 16-18 занятий, групповая психотерапия – 14-18 занятий, которые включают поддерживающую (суппортивную) психотерапию и психологическую коррекцию, рациональную психотерапию, аутогенную тренировку (по показаниям).

Реализация ИПМР контролируется и, при необходимости, корректируется врачом-реабилитологом на протяжении всего курса медицинской реабилитации и отражается в дневниках наблюдения карты стационарного пациента. На 7-е, 14-е сутки проводится промежуточная оценка эффективности реабилитации, на 19-20-е сутки – окончательная оценка.

Школа пациента с заболеваниями и травмами периферической нервной системы организуется на базе отделения медицинской реабилитации. Основная форма обучения – групповая, оптимальное число слушателей 10-12 человек. Продолжительность занятий 20-30 минут, количество занятий – пять, частота 1-2 раза в неделю.

Использование лекарственных средств при компрессионно-ишемических и травматических невропатиях имеет два направления: патогенетическое и симптоматическое. Общие принципы применения лекарственных средств в остром и восстановительном периодах соблюдаются в соответствии с клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями нервной системы (взрослое население)», утвержденным Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 января 2018 N 8.

Существуют определенные различия в программах медицинской реабилитации для реализации на этапах ранней медицинской реабилитации в стационарных условиях (для пациентов с ФК2 периферического пареза и с ФК3, ФК4). Они заключаются в расширении целей реабилитации с формированием установки на полное восстановление способности к повседневной социально-бытовой активности и профессиональной деятельности: частичное или полное; увеличение продолжительности и кратности отдельных методик лечебной физической культуры при сохранении общей продолжительности реабилитации; использование преимущественно групповой психотерапии, ориентация пациентов на активное использование полученных навыков на домашнем этапе реабилитации.

Реализация индивидуальной программы медицинской реабилитации контролируется и, при необходимости, корректируется врачом-реабилитологом на протяжении всего курса медицинской реабилитации и отражается в дневниках наблюдения. На 7-е, 14-е сутки проводится промежуточная оценка эффективности реабилитации, на 19-20-е сутки – окончательная оценка. Мероприятия медицинской реабилитации оцениваются как эффективные при изменении тяжести нарушений на один функциональный класс.

*Заключение.* Таким образом, при формировании программы реабилитации целесообразно преимущественное включение лечебной физической культуры, а также физиотерапии. Реализация программ реабилитации способствует не только восстановлению социальной и профессиональной повседневной активности инвалида, но и позволяет рассчитывать на активизацию саногенетических механизмов, препятствующих прогрессированию нейродистрофических процессов в пораженном нерве и мышечном сегменте, повышению уровня общей адаптации организма.

#### **Библиографический список**

1. Гольдблат, Ю.В. Основы реабилитации неврологических больных / Ю.В. Гольдблат. – М. : СпецЛитРоссия, 2017. – 767 с. – Текст : непосредственный.
2. Мозолевский, Ю.В. Заболевания периферической нервной системы : практическое руководство / Ю.В. Мозолевский. – М. : МЕДпресс-информ, 2019. – 432 с. – Текст : непосредственный.

3. Пономаренко, Г.Н. Реабилитация инвалидов : национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Г.Н. Пономаренко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 544 с.

4. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации / Под ред. М.В. Коробова, В.Г. Помникова. – СПб : Гиппократ, 2003. – 800 с. – Текст : непосредственный.

**Информация об авторах:** И.Я. Чапко – канд.мед.наук, *nevrologia@meir.by*, А.Н. Филиппович – д-р мед.наук, доцент, *nevrologia@meir.by*, Ю.А. Овсянник – канд. мед. наук, *nevrologia@meir.by*, В.Е. Перкова, *nevrologia@meir.by*

**Information about the authors:** Igor Y. Chapko – Candidate of Medical Sciences, *nevrologia@meir.by*, Aleksandr N. Filipovich – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, *nevrologia@meir.by*, Julia A. Ovsyannik – Candidate of Medical Sciences, *nevrologia@meir.by*, Viktoryia E. Piarkova, *nevrologia@meir.by*

### **Применение краниосакральной мануальной терапии в коррекции спастического синдрома в комплексной реабилитации пациентов с нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу**

**Н.Г. Коновалова<sup>1</sup>, И.Н. Шарпова<sup>2</sup>, Е.А. Полукарова<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Новокузнецк, 654055, Россия

<sup>2</sup>Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Новокузнецк, 654005, Россия

**Аннотация.** *Цель:* определить влияние краниосакральной терапии на степень повышения тонуса в конечностях при нарушении мозгового кровообращения по ишемическому типу и оценить динамику отдаленных результатов.

Наблюдали 30 пациентов в остром и раннем восстановительном периоде ишемического инсульта. 16 человек (основная группа) получали только стандартное лечение, 14 (контрольная группа) дополнительно получали краниосакральную терапию. При поступлении пациентов в стационар 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.

### **The use of craniosacral therapy in the correction on spastic syndrome in the complex rehabilitation of patients with ischemic cerebrovascular accident**

**Nina G. Konovalova<sup>1</sup>, Irina N. Sharapova<sup>2</sup>, Elena A. Polukarova<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Federal State Budgetary Institution "Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Disabled Persons" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, Novokuznetsk, 654055, Russia

<sup>2</sup>Novokuznetsk State Extension Course Institute for Medical Practitioners Affiliated Branch of the Russian Medical Academy of Continuing Vocational Education, Novokuznetsk, 654005, Russia

**Abstract.** Purpose: to determine the effect of craniosacral therapy on the degree of tonus increase in the extremities in case of ischemic cerebrovascular accident. We observed 30 patients in the acute and early recovery period of ischemic stroke. 16 people (main group) received only standard treatment, 14 (control group) additionally received craniosacral therapy. There were no differences between groups on admission. 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.

**Key words:** cranosacral therapy, ischemic stroke, spastic syndrome.

*Введение.* Болезни системы кровообращения не первое десятилетие являются одной из главных медико-социальных проблем во всём мире. По статистике в России 87 % инсультов – ишемические [2;4]. Инвалидизация вследствие инсульта занимает первое место среди всех причин первичной инвалидности. В Российской Федерации проживают свыше 1 млн человек, перенесших инсульт, при этом треть из них составляют лица трудоспособного возраста, к труду же возвращается только каждый четвертый больной [7;8]. По данным регистра ФГБУ «Научный центр неврологии» РАМН, к концу острого периода гемипарезы наблюдаются у 81,2 % больных (гемиплегия – у 11,2 %, грубый парез – у 11,1 %, легкий парез – у 58,9 %) [7].

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 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. По данным разных авторов, краниосакральная терапия, проведенная в острейший и острый периоды инсульта, устраняя патобиомеханические изменения, помогает запуску саногенетических механизмов [1;5].

В тоже время важно оценить, как чувствуют себя в позднем восстановительном период пациенты, получавшие краниосакральную терапию в острый и ранний восстановительный периоды болезни, насколько они могут социализироваться и адаптироваться в жизни.

*Цель:* определить влияние краниосакральной терапии на степень повышения тонуса в конечностях при нарушении мозгового кровообращения по ишемическому типу и оценить динамику отдаленных изменений.

*Материал и методы.* Работа выполнена на базе первичного сосудистого отделения ГБУЗ «Новокузнецкая городская клиническая больница N 29». Наблюдали 30 пациентов, поступивших в отделение в остром периоде ишемического инсульта с гемипарезом различной степени выраженности в течение 2018-2022 гг., которым была проведена диагностика краниосакральных нарушений. Пациентов рандомно разделили на две группы: основную – 16 человек, которым проводилась только диагностика краниосакральных нарушений и контрольную – 14 человек, которые дополнительно получали краниосакральную терапию на 3-й и 7-й дни лечения, а также через год после выписки из стационара. Средний возраст – 54,9 года.

Критерии включения: возраст до 60 лет, информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: возраст старше 60 лет, проведение процедуры тромболизиса, нежелание дать информированное согласие на участие в исследовании.

Обследование включало: сбор жалоб, оценку общего состояния и неврологического статуса. Краниосакральная 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 атланта-окципитального (C<sub>0</sub>-C<sub>1</sub>) и атлантаксиального (C<sub>1</sub>-C<sub>2</sub>) сочленения. Все обследования, кроме осмотра осанки, проводились лежа, чтобы исключить падение пациента. Для оценки спастичности, как неврологического нарушения у пациентов с инсультом, использовалась модифицированная шкала Эшворта (Modified Ashworth Scale).

Пациентам контрольной группы проведен курс краниосакральной терапии, который включал два сеанса – на 3-й и 7-й дни после инсульта. Выбор сроков связан с динамикой

состояния пациентов и сроками госпитализации – гемодинамика стабилизируется, как правило, к третьему дню, и пациент может самостоятельно добраться до кабинета мануального терапевта. Среднее пребывание в неврологическом отделении пациентов с ишемическим инсультом составляет неделю и больше, поэтому есть возможность провести повторный сеанс лечения каждому нуждающемуся.

Пациенты были обследованы при поступлении в стационар и через 1 год после перенесенного инсульта. Наряду с клиническим и неврологическим осмотром проведена оценка двигательных нарушений (шкала Ривермид, тест баланса Берга, шкала спастичности Эшворта), использовалась шкала реабилитационной маршрутизации.

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 значимыми при  $p < 0,05$ .

Информированное согласие пациентов на обработку персональных данных получено. Исследование одобрено этическим комитетом НГИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, протокол N 5 от 1 декабря 2020 г. Таким образом, проведенное исследование соответствует стандартам, изложенным в Хельсинской декларации Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека», и правилам клинической практики в Российской Федерации: Медицинские исследования должны проводиться с соблюдением этических стандартов, гарантирующих уважение ко всем субъектам исследований и защиту их здоровья и прав.

*Результаты.* При поступлении в стационар группы не различались между собой – степень гемипареза в основной группе была 2,9, в контрольной – 2,1. По шкале Эшворта тонус в конечностях у пациентов контрольной группы был 3,1, в основной группе – 2,9. При оценке краниосакральных нарушений в обеих группах определялись как нарушения со стороны костей таза, так и краниальные 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, в контрольной – 1,4. Эти различия между группами статистически значимы.

При выписке 100 % пациентов контрольной группы передвигались и обслуживали себя самостоятельно. В основной группе самостоятельно передвигаться без дополнительной опоры могли 26 %, были вынуждены опираться о трость – 13 %, для перемещения нуждались в ходунках – 29 %, могли передвигаться с помощью кресла-коляски – 10 %. Остальные 22 % самостоятельно не передвигались. Эти различия тоже статистически значимы.

Оценивая контрольную группу при выписке из стационара следует отметить, что все пациенты имели двигательные нарушения. В частности, спастический синдром в ноге имелся у всех пациентов. Четыре человека не имели спастики в руке, у четверых имелась вторая степень повышения тонуса в руке и в ноге. Через год у пятерых спастический синдром не был выражен, еще у двоих первая степень повышения тонуса отмечалась только в руке. Остальные семь человек имели первую степень повышения тонуса в парализованных конечностях. Таким образом, проявление спастического синдрома в верхней конечности лучше купировалось в условиях стационара, но выраженность спастического синдрома в нижней конечности продолжала снижаться в течение года после инсульта (Таблица 1).

Таблица 1 – Двигательная сфера пациентов при выписке и через год после перенесенного инсульта, n=14, Me (25 %-75 %)

Параметр	Индекс мобильности Ривермид	Тест баланса Берга	Шкала спастичности Эшворта		Шкала реабилитационной маршрутизации
			Рука	Нога	
1	7 (6-7)	24 (22-25)	1 (0-2)	1 (1-2)	3 (2-3)
2	14 (13-15)	41 (39-44)	1 (0-1)	1 (0-1)	1 (1-1)
1-1P	0,001	0,001	0,091	0,002	0,001

Снижение спастического синдрома, улучшение управления движениями привело к расширению мобильности, улучшению поструральной регуляции и координации движений, что проявилось в статистически значимых изменениях индекса мобильности Ривермид и шкалы Берга.

Оценка по шкале реабилитационной маршрутизации при выписке показала, что десять человек были самостоятельны в быту. В то же время они не были способны выполнять свои профессиональные обязанности и нуждались в реабилитации в условиях дневного стационара. Четверо были выписаны домой и не нуждались в профессиональной реабилитации. Через год лишь три человека нуждались в реабилитации в специализированных дневных стационарах.

Степень пареза при выписке из стационара и в отдаленные сроки представлена в таблице 2, из которой видно, что имел место регресс неврологической симптоматики. Для определения статистической значимости этих изменений рассмотрим динамику медианы степени пареза. При выписке Ме (25 %-75 %) степень пареза в руке составила 1 (0-2), а через год – 1 (0-1),  $p=0,091$ . Эти изменения не имеют статистической значимости. Динамика степени пареза в ноге более выражена – при выписке медиана составила 1 (1-2), год спустя – 1 (0-1),  $p=0,002$ . Эти изменения статистически значимы.

Таблица 2 – Степень пареза пациентов при выписке и через год после перенесенного инсульта,  $n=14$

Степень пареза	Рука, человек					Нога, человек				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1	0	6	3	4	1	0	0	11	3	0
2	1	11	2	0	0	0	12	2	0	0

*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  $\alpha$ -мотонейроны. Повышение тонуса в паретичных конечностях обычно начинается на 1–3 неделе после перенесенного инсульта и нарастает в течение нескольких недель и месяцев.

При этом в работах многих авторов [1;3;6;9;10] отмечается, что при ограничении подвижности тканей (рестрикции) происходят изменения эластичности и пластичности тканей, что, в свою очередь, ведет к нарушениям микроциркуляции и снижению кровоснабжения. В результате возникает порочный круг. У пациентов уже имеющих нарушения, связанные с напряжением тканей, возникает острое нарушение мозгового кровообращения, которое запускает каскад физических, психических и химических нарушений в организме. Это приводит к блокировке и сублюксации суставов, уменьшению растяжения фасции, что вызывает изменение тонуса и силы мышц. Если ограничение подвижности будет сохраняться длительно, то процесс может стать необратимым и привести к морфологическим изменениям в тканях и органах. Краниосакральная терапия помогает выявить ограничение подвижности и напряжение фасции в ранний период прогрессирования процесса и провести лечение до формирования стойких необратимых изменений. Учитывая мягкое воздействие на организм, мы не вызовем больших гемодинамических изменений, но воздействуя на расслабление твердой мозговой оболочки, а также выравнивая тазовый и плечевой пояс произойдет расслабление фасций мышц руки и ноги, что способствует нормализации тонуса мышц. В тоже время улучшая микроциркуляцию мозга и ликвородинамику, восстановление когнитивных нарушений происходит быстрее, что приводит к уменьшению выраженности депрессии и ускорению восстановительного процесса, в который включается сам пациент. На сегодняшний день

известно, что основой патогенеза спастичности является нарушение центральной регуляции мышечного тонуса, осуществляемой 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 рефлекторной цепи, затрагивающие возбудимость мотонейронов, что, в свою очередь, приводит к ограничению развития гипертонуса конечностей.

В тоже время оценивая отдаленные результаты, хочется отметить, что процесс восстановления не останавливается на окончании работы. В результате у пациентов через год фиксируется реабилитационный потенциал, что помогает им социализироваться и уменьшает степень инвалидизации пациента.

*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.

**Библиографический список**

1. Белаш, В.О. Применение остеопатической коррекции в комплексной реабилитации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения / В.О. Белаш, Е.О. Грицай, Т.С. Мусина. – Текст : электронный // Российский остеопатический журнал. – 2022. – N 2. – С. 27-39. – URL: <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2022-2-27-39> (дата обращения: 21.11.2022).
2. Пирадов, М.А. Инсульт : пошаговая инструкция / М.А. Пирадов, М.Ю. Максимова, М.М. Танашян. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 272 с. – Текст : непосредственный.
3. Рогожникова, Н.В. Коррекция когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии методами краниальной мануальной терапии. – Текст : непосредственный / Н.В. Рогожникова, А.Г. Чеченин // Мануальная терапия. – 2014. – N 2 (54). – С. 32-39.
4. Рябова, В.С. Отдаленные последствия мозгового инсульта (по материалам регистра) / В.С. Рябова. – Текст : непосредственный // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1986. – Т. 86, N 4. – С. 532-536.
5. Шарапова, И.Н. Краниосакральная терапия у больных ишемическим инсультом с гемипарезом / И.Н. Шарапова, Н.Г. Коновалова, Е.А. Полукарова. – Текст : электронный // Курортная медицина. – 2021. – N 3. – С. 120-125. – URL: <https://skfmba.ru/files/docs/kurortmed/2021/kurortmed-3-2021.pdf> (дата обращения: 29.11.2022).
6. Шпрах, В.В. Результаты комплексной реабилитации больных ишемическим инсультом с применением мануальной терапии / В.В. Шпрах, Д.Д. Молоков. – Текст : электронный // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2014. – N 6. – С. 70-73. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=23176736> (дата обращения: 21.11.2022).
7. **Федеральная служба государственной статистики.** Естественное движение населения Российской Федерации, 2020 год. – URL: <https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13269> (дата обращения: 27.10.2022). – Текст : электронный.
8. Bernhardt, J. When should rehabilitation begin after stroke? / J. Bernhardt, B. Indredavik, P. Langhorne // Int J Stroke. – 2013. – V. 8, N 1. – P. 5-7.
9. Heart Disease and Stroke Statistics – 2020 Update: A Report From the American Heart Association. – URL: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000757#> (дата обращения: 27.10.2022).
10. Korner-Bitensky, N. When does stroke rehabilitation end? / N. Korner-Bitensky // Int J Stroke. – 2013. – V. 8, N 1. – P. 8-10.

**Информация об авторах:** Н.Г. Коновалова – д-р мед.наук, [konovalovang@yandex.ru](mailto:konovalovang@yandex.ru), И.Н. Шарапова, [sharapovaira@mail.ru](mailto:sharapovaira@mail.ru), Е.А. Полукарова – канд.мед.наук, доцент, [717773@mail.ru](mailto:717773@mail.ru)



**Information about the authors:** Nina G. Konovalova – Doctor of Medicine, *konovalovang@yandex.ru*, Irina N. Sharapova, *sharapovaira@mail.ru*, Elena A. Polukarova – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, *717773@mail.ru*

## **Тиббиальная нейромодуляция с поддерживающей терапией М- холинолитиком у пациентов с органической патологией головного мозга**

**П.П. Палаткин<sup>1</sup>, Н.Г. Коновалова<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное учреждение «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»

Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации,

г. Новокузнецк, 654055, Россия

<sup>2</sup>Кузбасский гуманитарно-педагогический институт ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет», г. Новокузнецк, 654041, Россия

**Аннотация.** Нарушение движений и функции мочеиспускания у пациентов после повреждения головного мозга относят к наиболее инвалидизирующим факторам.

**Цель работы:** оценка эффективности тиббиальной нейромодуляции с медикаментозной поддержкой для коррекции нейрогенной дисфункции нижних мочевыводящих путей центрального генеза.

**Материал и методы.** Проанализировано 30 историй болезни 12 пациентов с нарушением мочеиспускания центрального генеза. Один пациент прошел 4 курса, четверо – 3, семеро получили по 2 курса тиббиальной нейромодуляции. Перерыв между курсами составил 6 месяцев. Пациентов разделили на 2 группы по 6 человек. Пациенты первой группы получали только тиббиальную нейромодуляцию, пациенты второй группы в межкурсовый период дополнительно получали М-холинолитик. При поступлении в клинику ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России и перед выпиской проводилось нейроурологическое обследование. Для оценки влияния дисфункции мочевыводящих путей на качество жизни использовали опросник по влиянию недержания мочи на качество жизни (ICIQ-SF).

**Результаты.** При первичном поступлении и перед выпиской группы не различались между собой по данным нейроурологического обследования и качеству жизни. В результате курса у всех отмечено статистически значимое улучшение функции нижних мочевыводящих путей и улучшение качества жизни. За полугодовые перерывы между курсами пациенты первой группы полностью теряли достигнутый результат и повторяли лечение с достижением того же эффекта, что и после первого курса тиббиальной нейромодуляции. Пациенты второй группы сохраняли достигнутый эффект и при повторных курсах улучшали функцию мочеиспускания и качество жизни, постепенно приближаясь к норме.

**Заключение.** Проведение курса тиббиальной стимуляции способствует улучшению функции нижних мочевыводящих путей, повышая качество жизни пациентов. Достигнутый эффект угасает в течение полугода. Медикаментозная поддержка в виде приема М-холинолитика позволяет сохранить достигнутый эффект и получить дальнейшее улучшение функции нижних мочевыводящих путей при последующих курсах тиббиальной нейромодуляции.

**Ключевые слова:** гиперактивный мочевой пузырь, тиббиальная нейромодуляция, М-холинолитик, нейроурологическое обследование.

## **Tibial neuromodulation with supportive M-cholinolytic therapy in patients with organic pathology of the brain**

**Pavel P. Palatkin<sup>1</sup>, Nina G. Konovalova<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Federal State Budgetary Institution "Novokuznetsk Scientific and Practical Centre for Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Disabled Persons" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, Novokuznetsk, 654055, Russia

<sup>2</sup> Kuzbass Humanitarian and Pedagogical Institute of Kemerovo State University, Novokuznetsk, 654041, Russia

**Abstract.** The movement disorder and impaired urination function in patients after spinal cord injury are considered one of the most disabling factors.

*Objective.* To assess the effectiveness of tibial neuromodulation with medication support for the correction of the neurogenic dysfunction of the lower urinary tract.

*Material and methods.* We analyzed 30 medical cards of 12 patients with impaired urination of central genesis. One patient had 4 courses of tibial neuromodulation, four patients had 3 courses and seven had 2 courses. The interval between the courses was 6 months. We divided the patients into 2 groups of 6 persons. The patients in the first group received only tibial neuromodulation while the patients in the second group also received an M-cholinolytic between the courses of tibial neuromodulation. The patients underwent a neurourologic examination at admission and before discharge. The impact of the urinary tract dysfunction on the quality of life was assessed using the International Conference on Incontinence Questionnaire Short Form.

*Results.* At admission and before discharge the data of the neurourologic examination and the quality of life did not differ between the groups. As a result of tibial neuromodulation all the patients had a statistically significant improvement in the function of the lower urinary tract and in the quality of life. The patients in the first group completely lost the achieved result during the intervals between the courses of tibial neuromodulation and they repeated treatment achieving the same effect as after the first course. The patients in the second group kept the effect achieved and during repeated courses they improved their urination function and quality of life gradually approaching the norm.

*Conclusion.* A course of tibial neuromodulation improves the function of the lower urinary tract elevating the quality of life of patients. However, the achieved effect disappears within 6 months. Medication support with an M-cholinolytic allows to keep the achieved effect and to further improve the function of the lower urinary tract during subsequent courses of tibial neuromodulation.

**Key words:** hyperactive bladder, tibial neuromodulation, M-cholinolytic, neurourologic examination.

*Актуальность.* Острое нарушение мозгового кровообращения или тяжелые травмы головного мозга часто приводят к инвалидизации пациента в связи со стойкими нарушениями движений и функции мочеиспускания. По данным ряда авторов, нарушение функции мочеиспускания при ишемическом инсульте в остром периоде может достигать 70 % [6]. Восстановление этой функции является важной задачей программы нейрореабилитации [4], так как нарушение мочеиспускания относится к числу тяжелых инвалидизирующих осложнений, существенными сторонами которых являются не только медицинские, но и психологические аспекты, резко ухудшающие быт и состояние больных, трудовую деятельность и социальную активность [5].

*Цель работы:* оценить эффективность тиббиальной нейромодуляции с медикаментозной поддержкой для коррекции нейрогенной дисфункции нижних мочевыводящих путей центрального генеза.

*Материал и методы.* Исследование проведено в нейрохирургическом отделении (далее – НХО) ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России. Проанализировано 30 историй болезни 12 пациентов с нарушением мочеиспускания центрального генеза вследствие острого

нарушения мозгового кровообращения (далее – ОНМК) и травматической болезни головного мозга (далее – ТБГМ). Мужчины составили – 57 % (17 историй болезни), женщины – 43 % (13 историй болезни); 13 историй болезни – пациенты с ТБГМ, 17 – с последствиями ОНМК. Средний возраст – 48,4 года. Один пациент прошел 4 курса тиббиальной нейромодуляции, у четырех больных было 3 курса и семь человек получили по 2 курса тиббиальной нейромодуляции. Перерыв между курсами составил 6 месяцев. Пациенты были разделены на 2 группы по 6 человек. Пациенты первой группы получали только тиббиальную нейромодуляцию; пациенты второй группы в межкурсовый период дополнительно получали медикаментозную поддержку.

Критериями включения служили: наличие гиперактивности детрузора у пациентов, перенесших тяжелую травму головы или острое нарушение мозгового кровообращения; информированное согласие пациентов на участие в исследовании. Критерии исключения: выраженные когнитивные нарушения с невозможностью контроля и оценки результата лечения; наличие у мужчин сопутствующих обструкций уретры (аденома простаты 2-3 степени, стриктуры уретры); наличие сопутствующей патологии, служащей противопоказанием к проведению электропроцедур; отказ дать информированное согласие на участие в исследовании.

При поступлении в НХО и перед выпиской проводилось нейроурологическое обследование, включавшее, наряду с клиническим, цистометрию 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 с помощью международного опросника по влиянию недержания мочи на качество жизни (International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form – ICIQ-SF). Все пациенты вели дневники мочеиспускания, в котором фиксировали время мочеиспускания, объем выделенной мочи, наличие императивных позывов и эпизоды неудержания мочи.

Информированное согласие пациентов на обработку персональных данных получено. Исследование проведено в соответствии с Хельсинкской декларацией, принятой на 18-ой Генеральной Ассамблее ВМА (июнь 1964 г.).

Результаты обработаны статистически с использованием пакета прикладных программ Statistica. Значимость различий в группе оценивали по критерию Вилкоксона, о значимости различий между группами судили по критерию Манна-Уитни. Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

Методика тиббиальной стимуляции. Электростимуляция тиббиального нерва проводилась на электронейростимуляторе Магнот 29Д (ООО «Магнот»). Применяли монофазные импульсы прямоугольной формы, длительностью 100 мкс, с частотой 10 Гц, периодами – стимуляция/пауза – по 1,5 с, силой тока от 20 до 40 мА, в течение 15 минут. Силу тока подбирали до появления сгибания большого пальца стимулируемой ноги. Активный электрод размером 20x20 мм помещали на 5 см краниальнее медиальной лодыжки голеностопного сустава, пассивный электрод размером 20x20 мм – на подошвенную поверхность стопы на 3 см дистальнее пяточной кости.

Курс лечения включал 7 ежедневных сеансов в утреннее время: с 9 до 11 часов, что связано с суточным ритмом выделения антидиуретического гормона и активности почек. После курса тиббиальной стимуляции пациентам второй группы назначали пероральный прием М-холинолитика (Солифенацин 10 мг) ежедневно, до повторного курса тиббиальной стимуляции, который проводили через 6 месяцев.

*Результаты.* В первой группе при поступлении средний объем мочевого пузыря составил 130 мл, кратность мочеиспусканий 9 днем и 3 раза ночью, время удержания мочи 14 минут. При выписке (после проведенного лечения) объем мочевого пузыря – в среднем 149 мл, кратность мочеиспусканий днем 7, ночью 2 раза, время удержания 19 минут. Динамика всех перечисленных показателей статистически значима. Изменения показателей

цистометрии, кратности мочеиспусканий, времени удержания и балла ICIQ-SF при первом и последующих курсах лечения в первой группе представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Урологический статус пациентов первой группы при поступлении и выписке

Пациент	Курс лечения	Цистометрия				Количество мочеиспусканий				Балл ICIQ-SF	
		При поступлении		При выписке		При поступлении		При выписке		До	После
		V м.п.	ООМ	V м.п.	ООМ	днем	ночью	днем	ночью		
1	1	100	0	150	0	12	3	10	1	12	10
	2	120	0	200	0	11	2	8	1	12	8
	3	100	0	200	0	10	2	7	1	10	8
2	1	150	0	200	0	5	1	4	0	0	0
	2	160	0	200	0	4	1	4	0	0	0
3	1	200	0	250	0	6	3	5	1	0	0
	2	180	0	250	0	5	2	5	0	0	0
4	1	100	0	140	0	10	4	8	2	14	10
	2	120	0	150	0	10	2	7	1	12	8
5	1	120	0	180	0	7	3	5	2	0	0
	2	150	0	180	0	8	3	6	1	0	0
6	1	150	0	180	0	12	3	10	1	14	10
	2	160	0	200	0	10	3	8	1	12	8

Примечание. V м.п. – объем мочевого пузыря, ООМ – объем остаточной мочи; здесь и далее в таблице.

Во второй группе средний объем мочевого пузыря составил 151 мл, кратность мочеиспусканий 10 днем и 3 раза ночью, время удержания мочи 22 минуты. При выписке (после проведенного лечения) объем мочевого пузыря увеличился и составил в среднем 198 мл, кратность мочеиспусканий снизилась днем до 8, ночью – до 2 раз, время удержания возросло до 27 минут. Динамика результатов в этой группе тоже статистически значима. Изменения показателей цистометрии, кратности мочеиспусканий, времени удержания и балла ICIQ-SF при первом и последующих курсах лечения во второй группе представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Урологический статус пациентов второй группы при поступлении и выписке

Пациент	Курс лечения	Цистометрия				Количество мочеиспусканий				Балл ICIQ-SF	
		При поступлении		При выписке		При поступлении		При выписке		До	После
		V м.п.	ООМ	V м.п.	ООМ	днем	ночью	днем	ночью		
1	1	150	20	200	30	12	2	10	1	17	12
	2	250	50	300	20	10	1	8	0	12	8
	3	300	50	350	30	6	0	6	0	8	0
	4	350	70	400	50	4	0	4	0	0	0
2	1	100	0	150	0	10	2	7	1	12	8
	2	150	0	200	0	7	2	4	0	8	6
	3	200	0	250	0	5	2	4	0	8	0
3	1	150	0	200	0	12	1	8	0	10	7
	2	200	0	250	0	10	0	6	0	0	0
	3	250	0	300	0	8	0	5	0	0	0
4	1	140	40	180	10	17	6	12	3	18	14
	2	120	0	150	0	14	4	10	2	14	11
	3	170	0	200	0	11	2	6	1	11	8
5	1	100	0	150	0	8	4	6	2	14	10
	2	70	0	100	0	12	6	8	4	18	14
6	1	100	0	150	0	12	4	10	3	0	0
	2	100	0	150	0	11	3	9	3	0	0

Средний балл ICIQ-SF при поступлении в НХО в первой группе составил 6, во второй – 9. При выписке – в первой группе – 5, во второй – 6. Динамика этого показателя статистически значима для каждой из групп.

Статистических значимых различий при сравнении групп ни по одному показателю как при поступлении, так и при выписке не выявлено.

Данные сравнения средних показателей урологического статуса в первой и второй группах представлены на рисунках 1, 2.

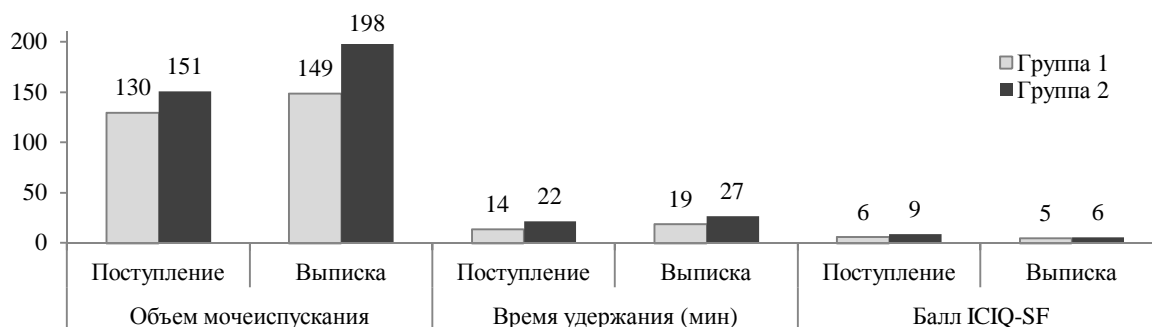


Рисунок 1 – Изменения средних показателей объема мочеиспускания, времени удержания, баллов ICIQ-SF у пациентов первой и второй групп при поступлении и выписке

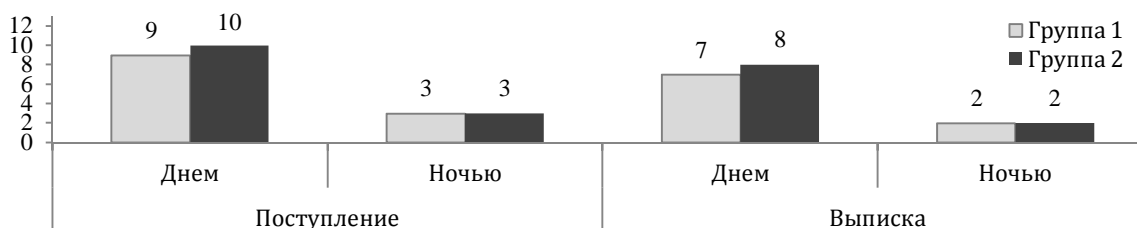


Рисунок 2 – Изменения средних показателей кратности мочеиспускания у пациентов первой и второй групп при поступлении и выписке

При сравнении показателей перед первым курсом тиббиальной стимуляции и поступлении на следующие курсы лечения в первой группе статистически значимых изменений не выявлено. Каждый раз пациенты начинали с одного и того же уровня и достигали одного и того же результата. Они получали статистически значимое улучшение всех исследованных параметров мочеиспускания, включая повышение качества жизни, но в период между госпитализациями утрачивали достигнутый результат (Таблица 1, Рисунки 1, 2).

Пациенты второй группы, напротив, сохраняли результат, достигнутый при предыдущем курсе лечения до последующей госпитализации. Поэтому каждый последующий курс лечения во второй группе начинался с того уровня, на котором закончился предыдущий. В результате все исследованные показатели постепенно приближались к норме: увеличивался объем наполнения мочевого пузыря, удлинялось время удержания мочи, уменьшалась кратность дневных и ночных мочеиспусканий, повышалось качество жизни пациентов (Таблица 2, Рисунки 1, 2).

Начиная со второго курса лечения различия между группами по всем исследованным показателям стали статистически значимы.

*Обсуждение.* В литературных источниках, как и в данной статье отмечается положительный эффект от тиббиальной стимуляции у пациентов с гиперрефлекторным мочевым пузырем, что проявляется уменьшением кратности мочеиспусканий, снижением императивности позыва и увеличением объема мочевого пузыря [1;2]. Однако данных об отдаленных результатах тиббиальной стимуляции не найдено.

Проведенное исследование показало, что курс тиббиальной нейромодуляции приводит к увеличению объема мочевого пузыря, уменьшению частоты мочеиспусканий, повышению качества жизни пациентов. Однако полученный эффект не отличается стойкостью, и через полгода наблюдается его угасание. Повторное проведение курса лечения обеспечивает вновь достижение эффекта, подобного полученному при первом курсе. Большинство пациентов не имеет возможности постоянно повторять курс тиббиальной стимуляции при начале регресса гиперреактивности детрузора.

Применение М-холинолитика в период между повторными курсами позволяет сохранить эффект и улучшить его при последующих стимуляциях, постепенно приближая функционирование нижних мочевыводящих путей пациента к норме.

Необходимо отметить возможность перерыва в приеме М-холинолитика на время стимуляции. Этот момент является значимым. Так как ряд авторов, отмечая хороший эффект от применения М-холинолитиков, приводят данные о возникновении ряда побочных эффектов при длительном, непрерывном их использовании [3]. Сочетание метода тиббиальной стимуляции в условиях стационара с применением М-холинолитика в качестве поддерживающей терапии в период между курсами стимуляции раз в 6 месяцев считаем оптимальным. Это дает возможность сохранить результаты, полученные от стимуляции, и улучшить их в последующем.

Перерывы в приеме М-холинолитиков на время проведения курса тиббиальной стимуляции позволяет избежать побочных эффектов длительного приема М-холинолитиков.

**Заключение.** В обеих группах отмечен положительный эффект от курса тиббиальной стимуляции в виде увеличения объема наполнения мочевого пузыря, уменьшения кратности мочеиспускания и увеличения времени удержания мочи при появлении позыва. Однако в первой группе эффект угасал в течение полугода и статистических различий между состоянием нижних мочевыводящих путей при первичной и последующих госпитализациях не отмечено, в то время как во второй группе достигнутый эффект сохранялся в межкурсовой период и результатом следующего курса лечения пациентов была дальнейшая нормализация работы нижних мочевыводящих путей.

#### **Библиографический список**

1. Бородулина, И.В. Электростимуляция при нейрогенных расстройствах мочеиспускания : исторические перспективы и современные возможности / И.В. Бородулина, Т.В. Кончугова, П.Г. Шварц // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2015. – Т. 14, N 5. – С. 7-14.
2. Неймарк, А.И. Возможность применения чрескожной тиббиальной стимуляции в лечении гипертонического мочевого пузыря у женщин / А.И. Неймарк, Е.А. Клыжина, М.В. Ряполова, Б.А. Неймарк. – Текст : электронный // Фундаментальные исследования. – 2004. – N 6. – С. 54. – URL: <https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=6277> (дата обращения: 22.11.2022).
3. Урологические осложнения нарушений мозгового кровообращения / П.Г. Шварц, А.С. Кадыков, В.В. Шведков и [др.]. – Текст : электронный // Актуальные вопросы неврологии : Нервные болезни. – 2007. – N 2. – С. 4-8. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/urologicheskie-oslozhneniya-narusheniy-mozgovogo-krovoobrascheniya/viewer> (дата обращения: 22.11.2022).
4. Шварц, П.Г. Диагностика нейрогенных нарушений мочеиспускания / П.Г. Шварц // Русский медицинский журнал. – 2011. – N 32. – С. 2063-2067. – URL: [https://www.rmj.ru/articles/urologiya/Diagnostika\\_neurogennyh\\_narusheniy\\_mochaispuskaniya/](https://www.rmj.ru/articles/urologiya/Diagnostika_neurogennyh_narusheniy_mochaispuskaniya/) (дата обращения: 22.11.2022).
5. Ястребцева, И.П. Контроль эффективности программы нейрореабилитации / И.П. Ястребцева, А.Е. Баклушин, В.В. Белова и [др.]. – Текст : непосредственный // Вестник восстановительной медицины. – 2014. – N 2. – С. 27-31.
6. Medical complications after stroke: a multicenter study / Langhorne P., Stott D.J., Robertson L., MacDonald J., Jones L., McAlpine C. et al. // Stroke. – 2000. – V. 31, N 6. – С.1223-1229.

**Информация об авторах:** П.П. Палаткин, [ppp1409@mail.ru](mailto:ppp1409@mail.ru), Н.Г. Коновалова – д-р мед. наук, [konovalovang@yandex.ru](mailto:konovalovang@yandex.ru)

**Information about the authors:** Pavel P. Palatkin, [ppp1409@mail.ru](mailto:ppp1409@mail.ru), Nina G. Konovalova – Doctor of Medicine, [konovalovang@yandex.ru](mailto:konovalovang@yandex.ru)

## **Влияние коморбидной патологии на реализацию индивидуальной программы реабилитации/абилитации инвалидов с ишемической болезнью сердца после шунтирования коронарных артерий**

**И.И. Полонская, А.Ю. Родионова, С.В. Столов**

Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, 194044, Россия

**Аннотация.** Работа посвящена изучению медицинских и социальных аспектов разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации/абилитации (ИПРА) инвалида с ишемической болезнью сердца (ИБС) после шунтирования коронарных артерий (КШ).

*Цель исследования:* оценить и проанализировать нарушения функций и структур пациентов с ИБС на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), имеющиеся у них ограничения жизнедеятельности и потребность в мерах реабилитации на основе ИПРА инвалида.

*Материалы и методы:* результаты обследования 221 инвалида вследствие ИБС после КШ.

*Результаты.* У пациентов с ИБС имеющаяся коморбидная патология приводила к ограничениям жизнедеятельности, а стойкие нарушения функций и структур организма требовали проведения комплекса мероприятий реабилитации. ИПРА инвалида вследствие ИБС содержит не только рекомендации по медицинской реабилитации, но и по коррекции трудовой деятельности, а также использованию технических средств реабилитации. *Выводы:* стойкие умеренные нарушения со стороны нейромышечных, скелетных и связанных с движением функций, функций эндокринной системы и сенсорных функций позволяли провести реабилитационные мероприятия в полном объеме только с использованием технических средств реабилитации; выполнение ИПРА позволяет достигнуть основных целей реабилитации: повысить качество жизни, восстановить социальную и экономическую независимость.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, аорто-коронарное шунтирование, реабилитация, инвалидность, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

## **Effects of Comorbid Pathology on the Implementation of an Individual Rehabilitation/Habilitation Program for Disabled Persons with Coronary Heart Disease after Coronary Artery Bypass Surgery**

**Irina I. Polonskaya, Anna Y. Rodionova, Sergey V. Stolov**

The Federal State Budgetary Institution «Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts» of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation, 194044, St. Petersburg, Russia

**Abstract.** The work is devoted to the study of medical and social aspects of the development and implementation of an individual rehabilitation/habilitation program (IPRA) for a disabled person with coronary heart disease (CHD) after coronary artery bypass grafting (CABG). The purpose of the study: to evaluate and analyze disorders of the functions and structures of patients with coronary heart disease based on the international classification of functioning, disability and health (ICF), their existing disability and the need for rehabilitation measures based on the IPRA of a disabled person. Materials and methods: a review of the results of the examination of 221 disabled people as a result of coronary heart disease after CABG was carried out. Results: it is concluded that in patients with coronary heart disease, the existing comorbid pathology led to limitations of vital activity, and persistent violations of the functions and structures of the body required a complex of rehabilitation measures. The IPRA of a disabled person due to coronary heart disease contains not

only recommendations for medical rehabilitation, but also for the correction of labor activity, as well as the use of technical means of rehabilitation. Conclusions: persistent moderate disorders on the part of neuromuscular, skeletal and movement-related functions, functions of the endocrine system and sensory functions allowed to carry out rehabilitation measures in full only with the use of technical means of rehabilitation; the implementation of IPRA allows to achieve the main goals of rehabilitation: to improve the quality of life, to restore social and economic independence.

**Key words:** coronary heart disease, coronary artery bypass grafting, rehabilitation, disability, international classification of functioning, disability and health.

Влияние заболеваний друг на друга, называемое коморбидностью, может быть обусловлено сходным этиопатагенезом, а может быть случайным сочетанием. Сердечно-сосудистые заболевания (далее – ССЗ), занимающие первое место среди причин инвалидности и смертности как в России, так и во всем мире, нередко ассоциированы друг с другом. Чаще всего ишемическая болезнь сердца (далее – ИБС) сочетается с гипертонической болезнью, нарушениями ритма и хронической сердечной недостаточностью. Кроме того, у данных пациентов нередко выявляется параллельно текущий сахарный диабет, который усугубляет прогноз. В то же время, наличие болезней, не связанных патогенетически с прогрессированием атеросклероза, так же может препятствовать успешной реабилитации пациента [6;7].

За последние десятилетия отмечается увеличение продолжительности жизни населения России, что приводит к росту числа коморбидных заболеваний и повышает потребность пациентов в мерах реабилитации и социальной поддержки. При этом нарушения функций организма пациента с ИБС, вызванные коморбидными заболеваниями, влияют на длительность лечения, затрудняют диагностику и проведение реабилитации, что, в свою очередь, снижает реабилитационный потенциал пациента, качество жизни, возвращение к труду и повышает риск инвалидизации [8].

Применение кардиохирургических методов лечения у пациентов с ИБС привело к улучшению их клинического состояния и качества жизни, позволило вернуться к труду ряду больных. После проведения операций по реваскуляризации миокарда (далее – РМ) восстанавливается коронарный кровоток и функциональные возможности организма. РМ сопровождается низкими показателями смертности и высокой клинической эффективностью, которая подтверждается улучшением качества жизни больных ИБС и увеличением её продолжительности. Сами пациенты оценивают результат лечения по степени уменьшения болевого синдрома и возможности дальнейшей полноценной жизни.

Использование Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ) позволяет провести анализ функциональных нарушений больных, охарактеризовать степень их выраженности, что даст возможность конкретизировать программу реабилитации больного с ИБС [5]. МКФ является классификацией доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем. Домены делятся на две большие группы: функции и структуры организма, а также домены социальной активности и участия в общественной жизни [4]. Особенностью МКФ является то, что заболевание рассматривается не как нозологическая единица, а как причина последствий заболеваний, при этом здоровье оценивается по универсальной шкале здоровья и инвалидности [1].

МКФ демонстрирует, как заболевание приводит к расстройству функциональных и структурных систем организма. При этом нарушенные функции и измененные структуры организма классифицируются отдельно, но параллельно по одним и тем же основным системам. Анализируются структурные и функциональные изменения, которые также воздействуют на весь организм [2].

Отмечая повышение уровня физической работоспособности, пациенты с ИБС воспринимают факт оперативного лечения своей коронарной патологии как фактор дезадаптации, который мешает им вернуться к эффективному труду. Вместе с тем, ИБС многие годы занимает ведущее место в структуре причин инвалидности. То есть, не смотря



на прогресс при лечении ИБС, остаются больные, имеющие ограничения жизнедеятельности (далее – ОЖД) и нуждающиеся в мерах социальной защиты и разработки индивидуальной программы реабилитации/абилитации инвалида (далее – ИПРА) [6].

Современная концепция реабилитации больных и инвалидов предполагает комплекс медико-социальных мероприятий, направленных на наиболее быстрое и качественное восстановление здоровья, психологического состояния и трудоспособности. Основным принципом любых реабилитационных мероприятий, начиная с самых ранних стадий патологического процесса, является обеспечение улучшений функций организма и наиболее полное восстановление полноценной жизни, в том числе, трудоспособности. Документом, который позволяет инвалиду получить реабилитационную помощь, является ИПРА [3].

Комплаенс пациентов с ССЗ ассоциирован с выраженностью основного и коморбидных заболеваний. Приверженность к сотрудничеству с врачом больных ИБС обусловлена их индивидуальными особенностями: психологической дезадаптацией, напряженностью, тревожностью и депрессией.

Трудовая деятельность является важным фактором повышения качества жизни человека и является самостоятельной задачей реабилитации. Выполнение рекомендаций по профессиональной реабилитации позволяет человеку восстановить свою трудоспособность [3].

Таким образом, представляется важным проанализировать, какие коморбидные заболевания приводят к функциональным и структурным расстройствам организма, насколько ограничивают жизнедеятельность и какие реабилитационные мероприятия необходимы для восстановления инвалидов вследствие ИБС после аорто-коронарного шунтирования (далее – АКШ).

*Цель работы:* оценить и проанализировать нарушения функций и структур пациентов с ИБС на основе МКФ, имеющиеся у них ОЖД и потребность в мерах реабилитации на основе ИПРА инвалида.

*Материалы и методы.* В исследование были включены 221 пациент с ИБС после АКШ, освидетельствованных в бюро медико-социальной экспертизы г. Санкт-Петербурга и признанных инвалидами 3 группы. Средний возраст составил  $58,52 \pm 0,47$  лет (36-73 года). При этом число шунтов, наложенных на коронарные артерии, было различно (Таблица 1).

Таблица 1 – Распределение пациентов по подгруппам в зависимости от числа шунтов

Число шунтов	n=221	
	n	%
1	20	9,05
2	60	27,15
3	121	54,75
4	20	9,05

Статистическая обработка данных производилась на персональном компьютере с использованием программы «Microsoft Excel» и методами параметрического анализа с использованием статистического пакета программ «Statistica 6.0.».

*Результаты.* На основании классификации основных видов стойких расстройств функций организма человека и степени их выраженности выявлены стойкие умеренные нарушения функций сердечно-сосудистой системы у 100 % обследованных. Стойкие умеренно выраженные нарушения выявлены со стороны эндокринной системы в 0,90 % случаев, нарушения сенсорных функций – у 1,36 % и нарушения статодинамических функций – у 12,67 % освидетельствованных пациентов. Стойкие незначительные нарушения чаще встречались со стороны пищеварительной и эндокринной систем. Нестойкие нарушения выявляются при заболеваниях центральной нервной системы, пищеварительной системы, дыхательной системы и опорно-двигательного аппарата.

Проанализировав постоянные нарушения функций и структур организма пациентов ИБС после АКШ на основе МКФ, были выявлены умеренные нарушения по домену ощущения боли; функции сердца; функции кровеносных сосудов; функции толерантности к физической

нагрузке; ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной системы; функции артериального давления. В меньшей степени были выявлены так же умеренные нарушения по доменам функции подвижности суставов; функции водного, минерального и электролитного баланса; ощущения, связанные со слухом и вестибулярными функциями и функцией слуха, а также функции эндокринных желез. Данные представлены на рисунке 1.

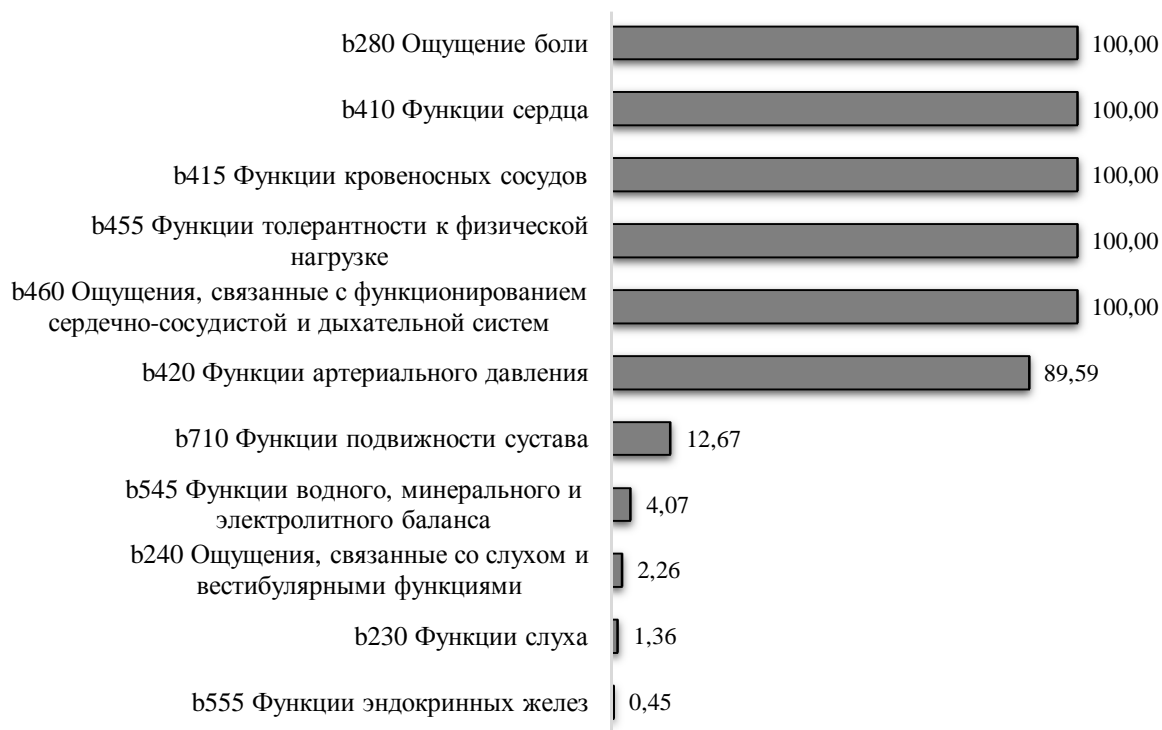


Рисунок 1 – Распределение доменов с умеренными нарушениями функций организма у обследованных пациентов

Со стороны нарушений структуры выявлены умеренные нарушения доменов структуры сердечно-сосудистой и дыхательной систем; структур нижних конечностей; структур, относящихся к пищеварительной системе; метаболизму; структуры глаза, уха, структур среднего уха и эндокринных желез. Данные представлены на рисунке 2.



Рисунок 2 – Распределение умеренно нарушенных структур организма у обследованных пациентов

Выявленные нарушения функций у данных пациентов привели к ограничениям основных категорий жизнедеятельности: способности к самообслуживанию у 85,07 %, способности к самостоятельному передвижению у 81,90 %, способности к трудовой деятельности у 100 % обследованных (Рисунок 3).

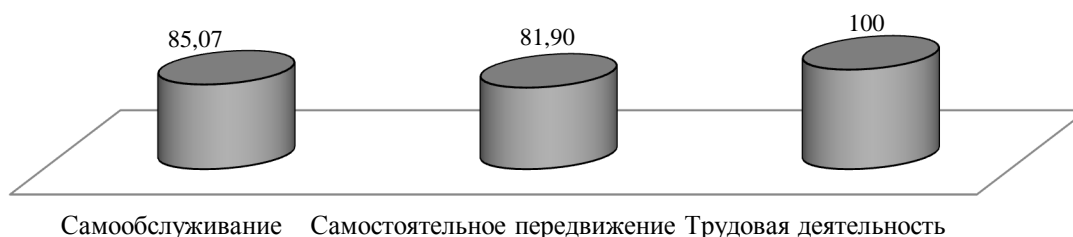


Рисунок 3 – Нарушенные категории жизнедеятельности пациентов с ИБС

В соответствии с разработанной ИПРА всем обследованным проводились мероприятия медицинской реабилитации в виде медикаментозного лечения. На санаторно-курортное лечение были направлены 79,64 % инвалидов.

В профессиональной реабилитации нуждались 62,44 % обследованных. После окончания временной нетрудоспособности и установления 3 группы инвалидности продолжили работу в соответствии с трудовыми рекомендациями 53,85 % пациентов. При этом большая часть пациентов (83,19 %) продолжила работу по основной профессии, остальные работали по другой профессии (16,81 %). Однако, 7,24 % пациентов прекратили трудовую деятельность.

Все обследованные нуждались в мероприятиях социальной и психологической реабилитации, которые инвалиды получали в Центрах социальной реабилитации в разных районах Санкт-Петербурга.

Применение технических средств реабилитации для компенсации нарушенных функций требовалось 13,33 % пациентам из-за сопутствующей патологии, приводящей к умеренным нарушениям статодинамических и сенсорных функций. Таким пациентам были рекомендованы слуховые аппараты и трости опорные.

*Обсуждение результатов.* Инвалиды вследствие ИБС, подвергшиеся хирургической реваскуляризации, имеют не только нарушение функций и структур со стороны сердечно-сосудистой системы, но и со стороны других органов и систем.

Полученные результаты свидетельствуют, что пациентам с ИБС после АКШ требуется не только медицинская реабилитация, но также меры социальной и психологической реабилитации, а иногда – назначение технических средств реабилитации, что приводит к необходимости разработки ИПРА.

Психологическая реабилитация является обязательной составляющей ИПРА. Проведение мероприятий психологической поддержки позволяет купировать невротические нарушения у пациентов, провести коррекцию личностных особенностей, усугубляющих течение болезни, а также способствует подготовке больного к трудовой деятельности. Наличие поражения опорно-двигательного аппарата препятствует проведению ряда мероприятий физической реабилитации и требует применения специальных технических средств, также, как и поражение органов чувств, которое требует применения специальных технических устройств.

При рассмотрении аспектов профессиональной деятельности инвалидов не выявлено пациентов, вернувшихся к трудовой деятельности после её перерыва, несмотря на положительный эффект проведённого лечения. Анализ данной группы пациентов показал, что это были пациенты с осложненными формами ИБС (с обширными рубцовыми изменениями миокарда, выраженной недостаточностью кровообращения, сопутствующей патологией в виде сахарного диабета, артериальной гипертензии, мультифокальным атеросклерозом, цереброваскулярной болезнью, почечной недостаточностью) и являющиеся

пенсионерами по возрасту. У половины обследованных пациентов работодатель провел коррекцию условий труда в соответствии с трудовой рекомендацией, что позволило инвалидам продолжить профессиональную деятельность на прежнем рабочем месте.

Таким образом, реализация всех рекомендованных инвалиду разделов ИПРА позволяет достигнуть уровня физического функционирования, достаточного для возвращения к обычной жизни и труду.

*Выводы:*

1. Среди обследованных пациентов коморбидная патология, вызванная случайными заболеваниями, не ассоциированными с поражением сердечно-сосудистой системы, чаще всего носила нестойкий характер.

2. Стойкие умеренные нарушения выявлены со стороны нейромышечных, скелетных и связанных с движением функций, функций эндокринной системы и сенсорных функций, которые позволяли провести реабилитационные мероприятия в полном объеме только с использованием технических средств реабилитации.

3. Полное выполнение ИПРА позволяет достигнуть основных целей реабилитации, таких как повышение качества жизни, восстановление социальной и экономической независимости.

### **Библиографический список**

1. Газалиева, Ш.М. Актуальность внедрения Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья в клиническую практику / Ш.М. Газалиева, К.А. Алиханова, Л.Е. Сартымбекова, Т.О. Аbugалиева [и др.]. – Текст : электронный // Медицина и экология. – 2018. – N 2(87). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/aktualnost-vnedreniya-mezhdunarodnoy-klassifikatsii-funktsionirovaniya-ogranicheniyazhiznedeyatelnosti-i-zdorovya-v-klinicheskuyu> (дата обращения: 26.10.2022).

2. Газалиева, Ш.М. Роль МКФ с позиции индивидуального подхода к вопросам реабилитации с учетом уровня функционирования реабилитантов / Ш.М. Газалиева, К.А. Алиханова, Т.О. Аbugалиева [и др.]. – Текст : электронный // Медицина и экология. – 2021. – N 2(99). – С. 94-96. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-mkf-s-pozitsii-individualnogo-podhoda-k-voprosam-reabilitatsii-s-uchetom-urovnya-funktsionirovaniya-reabilitantov> (дата обращения: 26.10.2022).

3. Горенков, Р.В. Оценка эффективности реабилитационных мероприятий для инвалидов в российской федерации / Р.В. Горенков, А.О. Ефимова, С.А. Орлов [и др.]. – Текст : электронный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – N 4. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-effektivnosti-reabilitatsionnyh-meropriyatiy-dlya-invalidov-v-rossiyskoj-federatsii> (дата обращения: 26.10.2022).

4. Иванова, Г.Е. Алгоритм формулирования реабилитационного диагноза с помощью Международной классификации функционирования пациенту, перенесшему инсульт : клинический случай / Г.Е. Иванова, Р.А. Бодрова, Т.В. Буйлова [и др.] // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. – 2022. – N 4(1). – С. 37-54.

5. Нургазизова, А.К. Применение международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для оценки реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями / А.К. Нургазизова, В.В. Сергеева, А.Ю. Родионова. – Текст : электронный // Практическая медицина. – 2014. – N 6(82). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/primeneniye-mezhdunarodnoy-klassifikatsii-funktsionirovaniya-ogranicheniy-zhiznedeyatelnosti-i-zdorovya-dlya-otsenki-reabilitatsii> (дата обращения: 26.10.2022).

6. Пузин, С.Н. Психологический статус инвалидов вследствие ишемической болезни сердца / С.Н. Пузин, С.А. Чандирли, М.А. Шургая [и др.]. – Текст : электронный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – N 6. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskiy-status-invalidov-vsledstvie-ishemicheskoy-bolezni-serdtsa> (дата обращения: 26.10.2022).

7. Сергеева, В.В. Артериальная гипертензия, ассоциированная с метаболическим синдромом : клиничко-экспертные параметры, категории ограничения жизнедеятельности и аспекты реабилитации / В.В. Сергеева, А.Ю. Родионова. – Текст : непосредственный // Артериальная гипертензия. – 2018. – N 24(3). – С. 321-330.

8. Шургая, М.А. Нозологический спектр инвалидности пожилой категории населения в Российской Федерации и особенности реабилитационно-экспертной диагностики, реабилитации и абилитации / М.А. Шургая. – Текст : электронный // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2017. – N 3. – URL: [https:// cyberleninka.ru/article/n/nozologicheskii-spektr-invalidnosti-pozhiloy-kategorii-naseleniya-v-rossiyskoy-federatsii-i-osobennosti-reabilitatsionno-ekspertnoy](https://cyberleninka.ru/article/n/nozologicheskii-spektr-invalidnosti-pozhiloy-kategorii-naseleniya-v-rossiyskoy-federatsii-i-osobennosti-reabilitatsionno-ekspertnoy) (дата обращения: 26.10.2022).

**Информация об авторах:** И.И. Полонская – канд.мед.наук, доцент, [pol-lonskay@mail.ru](mailto:pol-lonskay@mail.ru), А.Ю. Родионова – канд.мед.наук, доцент, [a.rod84@mail.ru](mailto:a.rod84@mail.ru), С.В. Столов – д-р мед.наук, доцент, [sv100lov@gmail.com](mailto:sv100lov@gmail.com)

**Information about the authors:** Irina I. Polonskaya – Candidate of Medicine, Assistant Professor, [pol-lonskay@mail.ru](mailto:pol-lonskay@mail.ru), Anna Y. Rodionova – Candidate of Medicine, Assistant Professor, [a.rod84@mail.ru](mailto:a.rod84@mail.ru), Sergey V. Stolov – Doctor of Medicine, Assistant Professor, [sv100lov@gmail.com](mailto:sv100lov@gmail.com)

### **Социально-педагогический аспект логопедической коррекции афазии у граждан пожилого возраста и инвалидов, перенесших инсульт**

**Н.В. Гайнулина, А.Ф. Каштанова, О.А. Бурлева**

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Урайский комплексный центр социального обслуживания населения», г. Урай, 628285, Россия

**Аннотация.** В статье рассматривается социально-педагогический аспект логопедической коррекции афазии у граждан пожилого возраста и инвалидов, перенесших инсульт. Раскрываются практические подходы к восстановлению речевых функций в процессе предоставления социально-педагогических услуг на базе учреждения социального обслуживания населения.

**Ключевые слова:** афазия, инсульт, нарушения речи, логопедическая коррекция.

### **Socio-pedagogical aspect of speech therapy correction of aphasia in elderly and disabled people who have suffered a stroke**

**Natalya Gainulina, Anastasia Kashtanova, Olga Burleva**

Budgetary institution of Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug – Yugra  
«Uraisk comprehensive center for social services of the population»,  
Uray, 628285, Russia

**Annotation.** The article discusses the socio-pedagogical aspect of speech therapy correction of aphasia in elderly and disabled people who have suffered a stroke. Practical approaches to the restoration of speech functions in the process of providing social and pedagogical facilities on the basis of the institution of social services of the population are revealed.

**Key words:** aphasia, stroke, speech disorders, speech therapy correction.

Проблема реабилитации лиц с последствиями цереброваскулярных заболеваний, в первую очередь инсульта, в последние годы приобретает все большую актуальность. По данным статистики, представленной Всемирной организацией здравоохранения, частота поражения инсультом среди населения развитых стран составляет около 2500 случаев на 1 млн человек, а общее число людей, перенесших данное заболевание в 2020 году, составило около 80 млн человек.

По состоянию на 31 декабря 2020 года на учете БУ «Урайская городская клиническая больница» с диагнозом «инсульт» состоит 401 человек (1,03 % от общего населения города). Из них за 2020 год инсульт впервые перенесли 85 человек; 11 человек умерло от инсульта в первые сутки. Прирост по заболеванию инсультом за 2020 год составил 26,89 %, от инсульта пострадало 96 человек (0,25 % от общего населения города).

Статистические сведения показывают, что, несмотря на то, что количество людей с инсультом неуклонно растет и охватывает все более молодые группы населения, смертность по этой причине снижается, однако увеличиваются показатели инвалидизации населения. Более чем в 62% случаев у пациентов сохраняются различные нарушения двигательной сферы, речевой и коммуникативной деятельности, других высших психических функций, что приводит к социальной дезадаптации [3].

Одним из тяжелых последствий поражения головного мозга является афазия, как сложное, системное речевое и языковое нарушение, проявляющееся в трудностях понимания и производства речи.

На современном этапе становления науки афазия исследована и описана в трудах многих авторов – П. Брока, К. Вернике, Л. Лихтгейма, Т.В. Ахутиной, Т.Г. Визель, Ж.М. Глозман, А.Р. Лурии, Е.Д. Хомской, Л.С. Цветковой, В.М. Шкловского и многих других.

Самым часто встречающимся типом афазии, из описанных в классификации А.Р. Лурия, является моторная афазия. При грубой моторной афазии у пострадавшего отсутствует возможность полноценно использовать вербальную коммуникацию, нарушается внешнее речевое поведение и страдает основная функция речи – коммуникативная.

Отсутствие коммуникации с окружающими приводит к нарушениям социальной активности, трудностям эмоционального и психологического характера и ухудшению качества жизни человека. Словесное общение не утрачивает своей ценности для человека после заболевания, он хочет вернуть способность общаться привычным способом.

Многие ученые, такие как С. Croteau, G. Le Dorze [3], отмечают, что для лиц с афазией устная речь становится крайне трудоемкой и сложной деятельностью. Поэтому после прохождения медицинской реабилитации на базе социального учреждения необходимо проведение логопедической коррекции афазии у граждан пожилого возраста и инвалидов, перенесших инсульт.

Основной целью логопедического воздействия является восстановление коммуникативной функции речи гражданина, перенесшего инсульт, адаптация его к нормальной жизни, общественной и трудовой деятельности, соответствующей его возможностям [2].

Для достижения этих целей на базе отделения социальной реабилитации и абилитации БУ «Урайский комплексный центр социального обслуживания населения» действует социально-педагогическая программа «Логопедическая коррекция речевых расстройств у граждан пожилого возраста и инвалидов, перенесших инсульт».

Программа реализуется в условиях полустационарной формы социального обслуживания на основании индивидуальной программы предоставления социальных услуг. Занятия проводятся на протяжении 21 дня специалистом по социальной реабилитации, имеющим логопедическое образование. Продолжительность одного занятия составляет 30 минут. В случае необходимости, работа по восстановлению речевых функций может быть продолжена в рамках договора на предоставление дополнительных услуг.

Мероприятия программы реализуются поэтапно.

В ходе *организационного этапа* (в 1-й день заезда) специалистом по социальной реабилитации, имеющим логопедическое образование, проводится:

- изучение медицинской документации получателя социальных услуг, нуждающегося в восстановлении речевых функций;
- начальная диагностика с применением методики оценки речи при афазии [5];
- информирование родственников о возможностях коррекционной работы по преодолению речевых расстройств в домашних условиях.

В ходе *практического этапа* (со 2-ого по 19-ый день заезда) определяется тематический план коррекционных занятий в преодолении речевых расстройств, составляется график посещений и проводятся коррекционные занятия по преодолению речевых расстройств для граждан пожилого возраста и инвалидов, перенесших инсульт.

На *аналитическом этапе* (в 21-ый день заезда) специалистом по социальной реабилитации проводится итоговая диагностика, определяются достигнутые результаты и перспективы дальнейшей работы. При необходимости и по договоренности с родственниками, коррекционные занятия могут проводиться дополнительно на договорной основе.

Поэтапная реализация мероприятий программы способствует достижению запланированных результатов. Все участники реабилитационного процесса понимают, для достижения какой общей цели они работают и какова их роль. Безусловно, длительная логопедическая работа по восстановлению социального статуса пострадавшего требует заинтересованного участия родственников, так как успехи в работе с пострадавшим достигаются только при наличии благоприятного климата в семье, тактичном, терпеливом отношении к нему. Логопед постоянно находится на связи с родными, информирует о результатах коррекционной работы и проводит тематические консультации для родственников.

Логопеду важно ещё на раннем этапе болезни воспитать у пострадавшего и членов его семьи установку на восстановление обиходной речи. Постоянное проведение бесед, ободрение, позволяют, несмотря на длительный срок преодоления нарушенных речевых функций, подвести его к самообслуживанию, и, возможно, вернуть к труду.

При проведении индивидуальной логопедической работы с гражданами, проживающими последствия цереброваскулярных заболеваний, в первую очередь инсульта, специалист обращает внимание на форму афазии. Именно форма афазии определяет выбор коррекционных подходов. В рамках программы нами применяются материалы типовых программ В.М. Шкловского и Т.Г. Визель [6].

Выбор стратегии проведения коррекционных занятий зависит от этапа или стадии восстановления речевых функций. В условиях отделения социальной реабилитации и абилитации коррекционная работа начинается на более поздних этапах восстановления речевых функций.

За два года реализации (с 2020 г. по 2022 г.) в программе приняли участие 11 граждан пожилого возраста и инвалидов, перенесших инсульт. У пострадавших диагностирована афферентная и эфферентная моторная формы афазии. По степени поражения грубая степень отмечается у 1 человек, средняя степень – 2 человек, легкая степень – 8 человек.

Стратегия построения коррекционных логопедических занятий предполагала:

1. Отбор приёмов работы, которые позволили бы либо восстановить первично нарушенную предпосылку (при ее неполной поломке), либо реорганизовать сохранные звенья речевой функции. Например, компенсаторное развитие акустического контроля при афферентной моторной афазии – это не просто замещение нарушенного кинестетического контроля акустическим для восстановления письма, чтения и понимания, а развитие сохранных периферийно расположенных анализаторных элементов, постепенное накопление возможности их использования для деятельности дефектной функции.

2. Проведение работы над всеми сторонами речи: над экспрессивной речью, пониманием, письмом и чтением, независимо от того, какая первичная нейропсихологическая предпосылка оказалась нарушенной.

3. Развитие функций самоконтроля. Лишь при понимании пострадавшим характера своих ошибок, можно создать условия для его контроля за своей речью, за планом повествования, за коррекцией литеральных или вербальных парафазии. На более поздних этапах восстановления речевых функций человеку объясняется структура и план занятий, даются средства, которыми он может пользоваться при выполнении задания и т. п.

4. Проведение работы над восстановлением словесных понятий, включением их в различные словосочетания (при всех формах афазии).

5. Применение развернутых внешних опор автоматизации нарушенной функции. Например, к таким опорам относятся схемы предложения и метод фишек, позволяющие восстанавливать самостоятельное развернутое высказывание.

6. Использование методик, растормаживающих речевые функции и предупреждающих на раннем этапе восстановления такие речевые расстройства, как: аграмматизм типа «телеграфного стиля» при эфферентной моторной афазии и обилие литеральных парафазии при афферентной моторной афазии.

Проводимая логопедическая коррекция принесла свои результаты. Так у пострадавших с афферентной формой афазии по мере восстановления произносительной стороны речи фраза становится более развернутой, автоматизированной; отмечается улучшение номинативной функции. По мере восстановления произношения экспрессивная речь при афферентной моторной афазии приближается к норме. Лишь в некоторых случаях мы отмечаем в речи легкие артикуляционные призвуки. Отмечается положительная динамика восстановления понимания ситуативной разговорной речи, значения отдельных слов, возможности выполнения несложных инструкций.

Положительная динамика в преодолении эфферентной моторной формы афазии нарабатывается с чрезвычайным трудом: преодолевается «телеграфный стиль», выявляется звуковой рисунок слова, который со временем становится все более полным, четким, развернутым. Вслед за восстановлением возможности повторения речевого ряда у пострадавших формируется умение повторять вместе с логопедом короткие фразы на темы дня, произнесенные в ритме единого, автоматизированного ряда.

Безусловно, коррекционно-педагогическая работа при афазии – это одна из составных частей логопедической работы по преодолению речевых расстройств. Основные усилия специалиста, в первую очередь, направлены на сохранность личности, мотивов активной социальной реабилитации и включения в обычную жизнь.

### Библиографический список

1. Глозман, Ж.М. Психология. Общение и здоровье личности : учебное пособие для бакалавриата и магистратуры / Ж.М. Глозман. – М., 2018. – 193 с. – Текст : непосредственный.
2. Ларина, О.Д. Социально-коммуникативный потенциал пациентов с речевыми нарушениями, обусловленными органическим поражением головного мозга различного генеза / О.Д. Ларина, Е.Е. Шевцова. – Текст : непосредственный // Специальное образование. – 2015. – N 1. – С. 25-36.
3. Матросова, Т.А. Применение дополнительной коммуникации в комплексной реабилитации лиц с афазией / Т.А. Матросова, О.Д. Ларина, А.А. Хоменко // Логопедия : современный облик и контуры будущего : материалы II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, г. Москва, 1-2 ноября 2021 г. / отв. ред. А.А. Алмазова. – Москва : МПГУ, 2021. – 242 с. : ил. – URL: [http://www.logo-mpgu.ru/assets/files/postery/matrosova\\_homenko.pdf](http://www.logo-mpgu.ru/assets/files/postery/matrosova_homenko.pdf) (дата обращения: 08.12.2022). – Текст : электронный.
4. Цветкова, Л.С. Афазия и восстановительное обучение : Учебное пособие / Л.С. Цветкова. – Воронеж, 2001. – 256 с. – Текст : непосредственный.
5. Цветкова, Л.С. Методика оценки речи при афазии : Учеб. пособие к спецпрактикуму для студентов психол. фак. / Л.С. Цветкова, Т.В. Ахутина, Н.М. Пылаева. – 1981. – 67 с. – Текст : непосредственный.
6. Шкловский, В.М. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии / В.М. Шкловский, Т.Г. Визель. – М., 2018. – 98 с. – Текст : непосредственный.

**Информация об авторах:** Н.В. Гайнулина, [natalia.gaynulina@mail.ru](mailto:natalia.gaynulina@mail.ru), А.Ф. Каштанова, [KashtanovaAF@admhmao.ru](mailto:KashtanovaAF@admhmao.ru), О.А. Бурлева, [BurlevaOA@admhmao.ru](mailto:BurlevaOA@admhmao.ru)

**Information about the authors:** Natalya Gainulina, [natalia.gaynulina@mail.ru](mailto:natalia.gaynulina@mail.ru), Anastasia Kashtanova, [KashtanovaAF@admhmao.ru](mailto:KashtanovaAF@admhmao.ru), Olga Burleva, [BurlevaOA@admhmao.ru](mailto:BurlevaOA@admhmao.ru)



## Средства и методы реабилитации пожилых людей, перенесших инсульт (из опыта работы)

**Г.В. Колесова, О.О. Степкина**

Муниципальное бюджетное учреждение Комплексный центр социального обслуживания Кузнецкого района, г. Новокузнецк, 654034, Россия

**Аннотация.** В статье описаны работы с пожилыми людьми, перенесшими инсульт, в рамках реализации мероприятий по психолого-педагогической реабилитации в условиях Отделения дневного пребывания Комплексного центра социального обслуживания.

**Ключевые слова:** инсульт, психологическая коррекция, коррекция когнитивных нарушений, коррекция речевых нарушений, нарушения зрительно-двигательной координации, мелкая моторика рук.

## Tools and methods of rehabilitation for the elderly after a stroke

**G.V. Kolesova, O.O. Stepkina**

Municipal State Institution Comprehensive social service center of the Kuznetsk region, Novokuznetsk, 654034, Russia

**Abstract.** The article describes the experience of working with elderly people who have suffered a stroke, as part of the implementation of measures for psychological and pedagogical rehabilitation in the conditions of the day-stay department of the integrated social service center.

**Key words:** stroke, psychological correction, correction of cognitive disorders, correction of speech disorders, violation of visual-motor coordination, fine motor skills of hands.

На сегодняшний день инсульт – одна из самых распространенных причин преждевременной смерти. В России от него каждый год погибает около 200 тыс. человек. Инвалидами становятся 70-80 % выживших после инсульта, примерно 20-30 % из них нуждаются в постоянном постороннем уходе. Они чувствуют тревогу, страх, беспомощность, зависимость от окружающих людей, ограничение жизнедеятельности.

Инсульт – серьезное нарушение мозгового кровообращения, которое сопровождается появлением неврологической симптоматики и нередко вызывает параличи и нарушения речи. Тяжесть последствий перенесенного заболевания показала необходимость длительного целенаправленного восстановления функций, при невозможности полноценного восстановления – приспособление к дефекту и обеспечение максимально возможного уровня социальной и психологической адаптации.

Стоит отметить, что возрастные изменения в пожилом возрасте снижают компенсаторные возможности по восстановлению поврежденных тканей головного мозга. Вернется ли пожилой человек к нормальной жизни – зависит от того, как сильно пострадал его мозг, и насколько эффективным оказался реабилитационный период.

В Российской Федерации до настоящего времени для пожилых людей с инвалидностью не разработаны средства и методы проведения реабилитации и абилитации в условиях стационарного учреждения социального обслуживания. Это затрудняет проведение реабилитации и абилитации пожилых людей после инсульта.

*Проблема исследования:* недостаточно информации о применении средств и методов реабилитации и абилитации пожилого человека после инсульта в отделениях дневного пребывания комплексных центров социального обслуживания (далее – ОДП, отделение).

*Цель исследования:* обеспечение доступности пожилым людям, перенесшим инсульт, эффективных средств и методов реабилитации и абилитации, направленных на социальную адаптацию и повышение качества жизни.

Реабилитация – система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности [1].

При проведении реабилитации и абилитации пожилых людей после инсульта для оказания качественной психолого-педагогической помощи необходимо учитывать их возрастные и психологические особенности, состояние здоровья, самочувствие, а также опираться на следующие принципы: ранее начало, поэтапность, непрерывность, последовательность, прогностичность реабилитационного процесса.

В Отделении дневного пребывания муниципального бюджетного учреждения Комплексный центр социального обслуживания Кузнецкого района (далее – ОДП КЦСОН, Отделение) для пожилых людей, перенесших инсульт, создана комфортная среда, в которой пожилой человек не только чувствует себя защищенным и нужным, но и имеет возможность проявлять активность и учиться заново различным умениям и навыкам. В Отделении имеется материально-техническая база (дидактические, настольно-печатные игры и упражнения, счетный материал, декоративные камушки, прописи, раскраски, индивидуальное зеркало, цветные карандаши, фломастеры, акварельные и акриловые краски, салфетки, нитки, спицы и крючки, мелкие детали, конструкторы, бумага форма А 4, ноутбук, принтер, проектор и др.), позволяющая осуществлять психолого-педагогическое сопровождение пожилых людей, перенесших инсульт, создавать ситуацию успеха.

Нами разработаны, апробированы и успешно внедряются наглядные, словесные и практические методы и средства реабилитации и абилитации пожилых людей, перенесших инсульт, для адаптации в социуме, так как жизнь после инсульта продолжается, а задача специалистов ОДП КЦСОН – обеспечить полное или частичное восстановление способностей к самообслуживанию, выполнению бытовых действий. Восстановление проводится в зависимости от индивидуальных особенностей и потребностей пожилых людей.

В своей работе с пожилыми людьми, перенесшими инсульт, специалисты ОДП КЦСОН особое внимание уделяют психолого-педагогической реабилитации. Важным аспектом работы, направленной на возвращение человека к нормальной жизни после перенесения тяжелого заболевания, является *психологическая коррекция*, которая направлена, прежде всего, на коррекцию эмоциональной сферы.

Особым этапом в жизни человека является, так называемая, позитивная реконструкция опыта – это изменение отношения к болезни, как к чему-то позитивному. Человек начинает воспринимать болезнь, как что-то необходимое для того, чтобы переоценить, открыть, узнать или даже познакомиться с собой, миром и определенными вещами. Хотя этот этап может быть не у всех людей, но есть люди, которые по-настоящему начинают жить и ценить жизнь именно после перенесенного заболевания. Постепенно психологическая коррекция формирует адекватное отношение к своей болезни и вырабатываются установки на изменение отношения к себе, повышение самооценки, восстановление гармоничных отношений с самим собой и окружающим миром, возвращение к полноценной (насколько это возможно) жизни.

Наиболее сложным вопросом в реабилитации пожилых людей, перенесших инсульт, является коррекция когнитивных нарушений, которые могут быть острыми (возникать сразу после инсульта) или отсроченными. В свою очередь, их коррекция в чем-то похожа на то, как ребенок обучается базовым навыкам и умениям. Основной принцип восстановления включает занятия, направленные на активацию психической деятельности, такие как чтение, упражнения на развитие памяти, письмо, посредством которых начинает выстраиваться передача нервных импульсов, образуются новые соединения и клетки.

В зависимости от тяжести нарушений высших психических функций психологическая коррекция может нести разную направленность, а также зависит от индивидуальных особенностей и потребностей человека.

Среди методов коррекции когнитивной сферы можно выделить:

1. Восстановление конструктивного праксиса, предметного, цветового гнозиса, которое проводится посредством сложения кубиков, конструкторов, мозаики, пазлов.

2. Восстановление оптико-пространственных функций, право- и левоориентирования с помощью лепки фигур из пластилина, вырезания из бумаги, выполнения заданий по карточкам («Повтори движение», «Попробуй повтори!»).

3. Восстановление памяти и внимания.

При сохраненной речевой функции используются:

– ежедневное повторение сделанного за текущий день (где был, о чем и с кем разговаривал, какую процедуру посетил);

– создание визуальных образов путем просмотра фотографий, различных фильмов с дальнейшим их обсуждением, а также полезными будут пересказ прослушанного текста (при сохраненной речи), использование карточек с предметами (человеку нужно запомнить предмет и до малейших деталей описать его), что способствует восстановлению памяти и внимания;

– формирование ассоциаций посредством ассоциативных рядов, при помощи предметов (например, мяч отождествляется с детством, занятиями спортом, радостью от пережитой победы и т.д.);

– словесные игры (сначала используются простые слова, которые нужно запомнить; затем усложняем задания и загадываем загадки или просим закончить пословицу, или из предложенных букв составить максимальное количество слов; игра в города (просим вспомнить все города, в которых побывал пациент, а затем описать архитектуру, людей, мероприятия и маршруты); заучивание стихов;

– пальчиковые игры, которые эффективны для восстановления ВПФ (используются лепка, создание аппликаций, упражнения на сжатие и разжимание кистей, нанизывание бус, раскладывание мелких предметов, занятия по нейробике).

4. Восстановление интеллекта и мышления посредством упражнений по таблице Шульте, решения кроссвордов и филвордов, упражнений на счет (из 100 вычесть 7 и продолжить вычитания), решения ребусов; ассоциативных цепочек (придумать как можно больше ассоциаций к слову).

5. Улучшение речи и вербальных коммуникаций при помощи предметных и сюжетных картинок, рассказов по картинке или на заданную тему, разрезной азбуки или букваря, а также занятий с кубиками на составление слов.

6. Восстановление эмоционального состояния, снижение уровней тревоги и депрессивности, коррекция отношения к болезни, поддержание уровня мотивации на восстановление здоровья посредством музыкотерапии, медитативных и релаксационных занятий, а также арт-терапии, мандалотерапии.

Также важно осуществлять и коррекцию речевых нарушений у пожилых людей, перенесших инсульт. В основе восстановления речевых нарушений лежит многократное повторение упражнений на артикуляцию и фонацию, помогающие пожилым людям приспособиться к имеющемуся двигательному дефициту лицевой мускулатуры и языка.

Коррекция речевых нарушений на занятиях происходит в несколько этапов:

1) артикуляционная разминка, во время которой выполняются разные упражнения, например, «Вкусная конфета» (тренируем жевательные мышцы – работа нижней челюсти, жуем, губы сомкнуты, подбородок ходит по кругу, щеки погладить); «Фыркаем» (как лошадь, расслабляем мышцы); «Пила» (показать зубы, рот приоткрыт, выполнять не быстро) и т.д.;

2) дыхательная гимнастика (глубокий вдох через нос – длительный выдох через рот и др.) или, например, посредством упражнения «Шторм в стакане» (с трубочкой) и др. для успокоения дыхания;

3) восстановление нарушения речи (пропевание гласных звуков; повторение звонких и глухих согласных звуков; Звук П (сомкнуть губы и плюнуть вперед) и т.д.

Кроме того, важными составляющими реабилитации пожилых людей, перенесших инсульт, являются:

– восстановление нарушения зрительно-двигательной координации, например, посредством дидактической игры «Найди различия/или «Лабиринты»; арт-терапии (рисование, лепка) и т.п.;

– восстановление мелкой моторики рук и двигательных функций, которое осуществляется при помощи кинезиологических упражнений («Кулак – ладошка», «Кастрюлька – крышечка» и др.); дидактических игр («Перебери камушки и посчитай», «Собери солнышко» (с прищепками) и др.

Реабилитация пожилых людей проводится в форме индивидуального занятия в течение 15-40 мин., в зависимости от степени тяжести заболевания, физического и психического состояния. Выполнение задания начинается со здоровой стороны и продолжается на больной стороне. В процессе выполнения задания осуществляется контроль и оказание помощи.

*Результаты.* Опыт работы с пожилыми людьми, перенесшими инсульт, показал, что проведенная ранняя психологическая коррекция и социальная адаптация с помощью разработанного комплекса методов и средств реабилитации и абилитации имеет положительные результаты даже за короткий курс – 20 дней. Пожилые люди, перенесшие инсульт, прикладывают волевые усилия для социального восстановления.

Считаем, что пожилые люди, перенесшие инсульт, при получении систематической психологической коррекции в ОДП КЦСОН г. Новокузнецка, имеют следующие успехи: преодолен негативизм при общении и установлении контактов; повышена активность в процессе общения; постепенно восстанавливается собственная речь; улучшена ассоциативная способность головного мозга; улучшена умственная активность, память, внимание; максимальная независимость от окружающих людей; повышение качества жизни.

Хочется отметить, что имея положительный результат реабилитации и абилитации пожилые люди, перенесшие инсульт, после первичного прохождения психологической коррекции в Отделении дневного пребывания муниципального бюджетного учреждения Комплексный центр социального обслуживания Кузнецкого района возвращаются для продолжения занятий по восстановлению.

### **Библиографический список**

1. **Российская Федерация. Законы.** О социальной защите инвалидов в Российской Федерации : Федеральный закон от 24 ноября 1995 N 181-ФЗ. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 07.11.2022). – Текст : электронный.

**Информация об авторах:** Г.В. Колесова, О.О. Степкина, *galka-nk18@yandex.ru*

**Information about the authors:** G.V. Kolesova, O.O. Stepkina, *galka-nk18@yandex.ru*

### **Основные подходы к организации реабилитации пациентов с саркопенией в условиях реабилитационного центра**

**Б.А. Сырникова, Д.В. Стороженко, Д.Ю. Мусаков, Х.В. Темиров**

Государственное бюджетное учреждение «Научно-практический реабилитационный центр», г. Москва, 127472, Россия

**Аннотация.** Современные демографические тенденции: увеличение продолжительности жизни и доли пожилого населения, урбанизация приводят к росту распространенности лиц, страдающих снижением массы и силы скелетной мускулатуры.

Данные о распространенности саркопении существенно разнятся в зависимости от используемых методов обследования, гендерной и расовой принадлежности. В крупном метаанализе с общим числом наблюдений 692 065 случаев и средним возрастом 68,5 лет, показана распространенность саркопении от 10 до 27 %. Распространенность саркопении в России изучена недостаточно и только на отдельных категориях пациентов и в отдельных регионах.

Филиалы ГБУ «НПРЦ» профилированы для краткосрочной (21 день) стационарной комплексной медико-социальной реабилитации лиц старше 18 лет с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой и нервной системы. Исходя из сведений о распространенности и демографической характеристики пациентов ГБУ «НПРЦ» можно предположить, что ежегодно получают реабилитацию более 300 пациентов с саркопенией.

Предложены основные подходы к диагностике и лечению пациентов с саркопенией с использованием лечебной физкультуры и диетического питания.

**Ключевые слова:** реабилитация, пожилой возраст, саркопения, лечебная физкультура.

### **Basic approaches to organizing the rehabilitation of patients with sarcopenia in the rehabilitation center**

**Bela A. Syrnikova, Dmitriy V. Storozhenko, Dmitriy U. Musakov, Khetag V. Temirov**  
State budgetary institution of Moscow «Scientific and Practical Center of Rehabilitation»,  
Moscow, 127472, Russia

**Abstract.** Modern demographic trends, an increase in life expectancy and the proportion of the elderly population, urbanization lead to an increase in the spread of people suffering from a decrease in the mass and strength of skeletal muscles.

Data on the spread of sarcopenia vary significantly depending on the survey methods used, gender and race. A large meta-analysis with a total follow-up of 692,065 cases and a mean age of 68,5 years showed a spread of sarcopenia between 10 % and 27 %. The spread of sarcopenia in Russia has not been studied enough and only in certain categories of patients and in certain regions.

Branches of the State Budgetary Institution "Scientific and Practical Rehabilitation Center" (GBU "NPRC") are profiled for short-term (21 days) inpatient complex medical and social rehabilitation of people over 18 years old with diseases of the musculoskeletal system, cardiovascular and nervous system. Based on the data on the spread of sarcopenia and demographic characteristics of patients of the GBU "NPRC" it can be assumed that more than 300 patients with sarcopenia receive rehabilitation annually.

The main approaches to the diagnosis and treatment of patients with sarcopenia using physiotherapy exercises and dietary nutrition are proposed.

**Key words:** rehabilitation, old age, sarcopenia, physiotherapy.

Современные демографические тенденции (увеличение продолжительности жизни и доли пожилого населения, урбанизация, а так же изменение пищевого рациона) приводят к росту распространенности лиц страдающих снижением массы и силы скелетной мускулатуры.

В 2010 г. Европейской рабочей группой по саркопении у пожилых людей (EWGSOP) было сформулировано определение саркопении как синдрома, характеризующегося прогрессирующей и генерализованной потерей массы и силы скелетных мышц с риском неблагоприятных исходов, таких как инвалидность, низкое качество жизни и смерть [7].

В 2018 г. EWGSOP данное определение было уточнено. Саркопения – прогрессирующее генерализованное заболевание скелетных мышц, которое связано с повышенной вероятностью неблагоприятных исходов, включая падения, переломы, инвалидность и смертность. При этом наибольшее значение имеет снижение мышечной силы. Консенсусом 2018 г. так же отмечено, что саркопения может начинаться у лиц, не достигших пожилого и старческого возраста. Подчеркивается значительность бремени саркопении для здравоохранения, социальной защиты и общества в целом за счет возрастания нагрузки на социальные институты и многочисленных осложнений, приводящих к неблагоприятным исходам [8]. Таким образом, саркопения является одним из существенных факторов, определяющих качество и продолжительность жизни лиц пожилого и старческого возраста.

В 2016 г. «саркопения» была включена как самостоятельная нозологическая единица в международную классификацию болезней 10 пересмотра (МКБ-10) под кодом М 62.84.

Данные о распространенности саркопении существенно разнятся в зависимости от используемых методов обследования, гендерной и расовой принадлежности. В крупном метаанализе с общим числом наблюдений 692 065 случаев и средним возрастом 68,5 лет, проведенном F.Petermann-Rocha at all в 2022 г. показана распространенность саркопении от 10 до 27 %. Распространенность тяжелой саркопении варьировала от 2 до 9 % [9].

Распространенность саркопении в России изучена недостаточно и только на отдельных категориях пациентов и в отдельных регионах. Так, по данным Ю.А. Сафоновой и Е.Г. Зоткина, частота саркопении среди женщин старше 65 лет с остеоартрозом крупных суставов составила 31,45 % и имела устойчивую тенденцию к увеличению с возрастом, достигая 61,54 % у больных старше 85 лет [10]. При обследовании 645 пациентов, получавших гемодиализ, у 173 (28 %) была диагностирована пресаркопения, у 135 (21 %) – саркопения [5].

Задачи:

- проанализировать контингент пациентов филиалов Государственного бюджетного учреждения «Научно-практический реабилитационный центр» (далее – ГБУ «НПРЦ») за 2021 г.;
- выявить вероятное число пациентов с саркопенией;
- предложить меры по уточнению диагноза и уточнить мероприятия по медицинской реабилитации пациентов с саркопенией.

Филиалы ГБУ «НПРЦ» профилированы для краткосрочной (21 день) стационарной комплексной медико-социальной реабилитации лиц старше 18 лет с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой и нервной системы и других заболеваний ведущих к стойкому ограничению возможностей здоровья.

Демографические показатели пациентов филиала представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Поло-возрастная структура пациентов филиалов ГБУ «НПРЦ» за 2021 г.

Возраст (лет)	Пол		Всего	
	мужской	женский	абс.	%
18 - 29	4	2	6	0,3
30 - 39	11	10	21	1,1
40 - 49	33	32	65	3,3
50 - 59	89	135	224	11,5
60 - 69	142	415	557	28,6
70 - 79	106	499	605	31,0
80 и старше	94	377	471	24,2
<b>Итого</b>	<b>479</b>	<b>1470</b>	<b>1949</b>	<b>100,0</b>
Средний возраст	66,5±0,6	71,1±0,3	71,1±0,3	-
Доля в общей структуре	24,6	75,4	100,0	-

Подавляющее большинство пациентов – 83,8 % составляли лица пожилого и старческого возраста, более 75 % пациентов были женского пола.

В нозологической структуре (Таблица 2) преобладали пациенты с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и последствиями церебро-васкулярных болезней.

Исходя из сложившихся представлений о распространенности саркопении, можно предположить, что ежегодно в филиалах ГБУ «НПРЦ» проходят реабилитацию не менее 300 пациентов с саркопенией различной степени тяжести. При этом по данным учетных форм 027/у «Выписка из медицинской карты амбулаторного больного» диагноз саркопении за 2019-2021 г. не был выставлен ни одному пациенту.

Таблица 2 – Нозологическая структура пациентов филиалов ГБУ «НПРЦ» за 2021 г.

Диагноз основного заболевания	Классы болезней	Код по МКБ-10	Количество пациентов	
			абс.	%
Сахарный диабет	IV	E 10 - E14	27	1,4
Синдром постполиомиелита	VI	G 14	27	1,4
Болезнь Паркинсона		G-20	5	0,3
Демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы		G 35-G 37	46	2,4
Церебральный паралич и другие паралитические синдромы		G 80 - G 83	36	1,8
Другие болезни спинного мозга		G95	8	0,4
Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	IX	I 10 - I 15	133	6,8
Ишемическая болезнь сердца		I 20 - I 25	197	10,0
Цереброваскулярные болезни		I 60 - I 69	325	17,1
Болезни артерий, артериол и капилляров		I 70 - I 79	11	0,6
Варикозное расширение вен нижних конечностей		I 83	3	0,2
Другая хроническая обструктивная легочная болезнь	X	J44	16	0,8
Воспалительные полиартропатии	XIII	M 05 - M 14	46	2,4
Артрозы		M 15 - M 19	782	40,0
Дорсопатии		M 40 - M 54	217	11,1
Постменопаузный остеопороз		M 81	11	0,6
Последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин	XIX	T 90 - T 98	59	3,0
<b>Итого:</b>	-	-	<b>1949</b>	<b>100,0</b>

Учитывая значимость саркопении как отягощающего фактора, влияющего на качество жизни пациентов, представляется целесообразным внедрить алгоритм диагностики и лечения саркопении в период краткосрочной реабилитации включающий:

1. Установление диагноза:

1.1. Косвенное определение величины мышечной массы по величине окружности голени [1] и/или проведение биоимпедансного исследования [2;8]. 1.2. Измерение мышечной силы путем проведения кистевой динамометрии и/или скорости ходьбы в тесте 6-минутной ходьбы [2;8].

1.3. Использование руссифицированного варианта опросника SarQoL® – опросника качества жизни для пациентов с саркопенией [4].

2. Составление программы реабилитации с учетом сопутствующих заболеваний и тяжести общего состояния включающей:

2.1. Занятия лечебной физкультурой в группе или индивидуально с использованием силовых анаэробных тренировок со ступенчатым наращиванием нагрузки [3].

2.3. Рациональное питание, сбалансированное по калорийности, пищевой и биологической ценности [6].

3. Контроль эффективности проводимых мероприятий.

4. Разработка рекомендаций для продолжения программы реабилитации в амбулаторных условиях.

На этапе до внедрения алгоритма реабилитации в полном объеме отдельные его блоки имеют самостоятельное значение и уже используются в процессе реабилитации. Одним из базовых компонентов процесса является лечебная физкультура (далее – ЛФК).

Цели ЛФК у пациентов с дефицитом мышечной массы:

1. Сохранение, и, по возможности, увеличение массы и силы скелетной мускулатуры.
2. Поддержание уровня физической активности и самостоятельности пациента.

3. Обеспечение безопасности при увеличении физической активности (профилактика падений, травм и т.п.).

Задачи ЛФК:

- предотвращение осложнений, связанных с гиподинамией и вынужденным положением пациента (пролежни, травмы, ухудшение качества жизни);
- предупреждение развития контрактур в суставах конечностей и трофических нарушений;
- обеспечение максимально-переносимого уровня нагрузки на основные группы скелетных мышц;
- укрепление мышечного корсета позвоночника.

Основным средством ЛФК являются физические упражнения, которые применяются ступенчато в зависимости от исходного уровня физической формы пациента:

- пассивные упражнения без напряжения или с едва заметным напряжением мышц во время движения;
- пассивно-активные упражнения с применением методик обеспечивающих поддержание самостоятельного движения;
- активные упражнения и движения с разгрузкой при выраженном снижении мышечной силы, но сохранном объеме движения в суставах. Разгрузка достигается посредством применения противовесов или выполнения движений конечностью на скользящей поверхности;
- активные свободные упражнения, состоящие в преодолении силы тяжести конечностями без посторонней помощи;
- активные упражнения с противодействием, которые выполняются с преодолением конечностью силы тяжести и дополнительной силы, приложенной извне;
- упражнения на координацию как активные, так и с разгрузкой для восстановления точности, быстроты, ритмичности движений;
- движения для обучения и/или восстановления навыков бытового обслуживания (эрготерапия);
- обучение и/или восстановление навыков прямохождения и ходьбы. Выполняется строго последовательно: самостоятельное удержание различных исходных положений, локомоторная терапия на реабилитационных комплексах и аппаратах, в последующем ходьба с помощью вспомогательных устройств и самостоятельно;
- прочие упражнения (на расслабление, дыхательные и др.).

Занятия в зале дополняются комплексом упражнений в бассейне.

Из 1949 человек, прошедших реабилитацию в филиалах ГБУ «НПРЦ», ЛФК получили 1567 человек – 80,1 % с учетом гидрокинезотерапии охват физическими методами реабилитации составил 94,1 %.

Исследователи уделяют большое внимание нутритивной поддержке пациентов с саркопенией [6;7;8]. Констатируется безусловная необходимость сбалансированного полноценного питания. Убедительных доказательств эффективности диеты с повышенным содержанием белка или добавлением других нутриентов до настоящего времени не получено [6]. В филиалах ГБУ «НПРЦ» применяется диета, сбалансированная по основным нутриентам с калорийностью 2100-2300 ккал/сут.

Таким образом, в филиалах ГБУ «НПРЦ» в программу комплексной реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста, составляющих более 83 % контингента начато поэтапное внедрение алгоритма выявления и лечения саркопении. Для полноценного внедрения алгоритма необходимо дооснащение филиалов диагностическим оборудованием (аппарат для биоимпедансных исследований). Так же необходимо привлечь внимание врачей амбулаторного звена, участвующих в направлении пациентов на реабилитацию, к проблемам диагностики саркопении у пациентов пожилого и старческого возраста.



### Библиографический список

1. Бочарова, К.А. Скрининг саркопении : Результаты пилотного исследования / К.А. Бочарова, А.В. Герасименко, С.Л. Жабоева. – Текст : электронный // *Фундаментальные исследования*. – 2014. – N 10-9. – С. 1690-1693. – URL: <https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=36493> (дата обращения: 26.10.2022).
2. Григорьева, И.И. Саркопении : особенности патогенеза и диагностики / И.И. Григорьева, Т.А. Раскина, М.В. Летаева, О.С. Малышенко, Ю.В. Аверкиева, В.Л. Масенко, А.Н. Коков. – Текст : электронный // *Фундаментальная и клиническая медицина*. – 2019. – N 4(4). – С. 105-116. <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2019-4-4-105-116>.
3. Плещёв, И.Е. Саркопении : Современные подходы к диагностике и реабилитации / И.Е. Плещёв, Е.Е. Ачкасов, В.Н. Николенко, А.Н. Шкрёбко. – Текст : электронный // *Современные проблемы науки и образования*. – 2022. – N 1. – URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=31443> (дата обращения: 26.10.2022).
4. Сафонова, Ю.А. Русский перевод и валидация SarQoL® – опросника качества жизни для пациентов с саркопенией / Ю.А. Сафонова, О.М. Лесняк, И.А. Баранова [и др.]. – Текст : непосредственный // *Научно-практическая ревматология*. – 2019. – N 57(1). – С. 38-45.
5. Яковенко, А.А. Современный взгляд на методы коррекции саркопении у пациентов, получающих лечение программным гемодиализом / А.А. Яковенко. – Текст : электронный // *Урологические ведомости*. – 2018. – N 2. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennyyu-vzglyad-na-metody-korreksii-sarkopenii-u-patsientov-poluchayuschih-lechenie-programmnyu-gemodializom> (дата обращения: 27.10.2022).
6. Beaudart C, Dawson A, Shaw SC, Harvey NC, Kanis JA, Binkley N, Reginster JY, Chapurlat R, Chan DC, Bruyère O, Rizzoli R, Cooper C, Dennison EM; IOF-ESCEO Sarcopenia Working Group. Nutrition and physical activity in the prevention and treatment of sarcopenia: systematic review. *Osteoporos Int*. 2017 Jun;28(6):1817-1833. doi: 10.1007/s00198-017-3980-9. Epub 2017 Mar 1. PMID: 28251287; PMCID: PMC5457808.
7. Cruz-Jentoft, A.J. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People / A.J. CruzJentoft, J.P. Baeyens, J.M. Bauer [et al.] // *Age Ageing*. – 2010. – Vol. 39, N 4. – P. 412–423. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2886201/>
8. Cruz-Jentoft, A.J. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis / A.J. Cruz-Jentoft, G. Bahat, J. Bauer [et al.] // *Age Ageing*. – 2019. – Vol. 48, N 1. – P. 16–31. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6322506/>
9. Petermann-Rocha F, Balntzi V, Gray SR, Lara J, Ho FK, Pell JP, Celis-Morales C. Global prevalence of sarcopenia and severe sarcopenia: a systematic review and meta-analysis. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2022 Feb;13(1):86-99. doi: 10.1002/jcsm.12783. Epub 2021 Nov 23. PMID: 34816624; PMCID: PMC8818604.
10. Safonova Y, Zotkin E, Lila A. Prevalence of sarcopenia in elderly northwestern region of the Russian Federation. WCO-IOF-ESCEO. World Congress on Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases; 2018 April 19-22, Krakow, Poland. Springer; 2018. p. 238. doi: 10.13140/RG.2.2.22677.01768.

**Информация об авторах:** Б.А. Сырникова – д-р мед.наук, профессор, [rcdi35@yandex.ru](mailto:rcdi35@yandex.ru), Д.В. Стороженко – канд.мед.наук, [rcdif2@yandex.ru](mailto:rcdif2@yandex.ru), Д.Ю. Мусаков, [musakov1@rambler.ru](mailto:musakov1@rambler.ru), Х.В. Темиров, [temirovkv@rebcen.ru](mailto:temirovkv@rebcen.ru)

**Information about the authors:** Bela A. Syrnikova – Doctor of Medicine, Professor, [rcdi35@yandex.ru](mailto:rcdi35@yandex.ru), Dmitriy V. Storozhenko – Candidate of Medicine, [rcdif2@yandex.ru](mailto:rcdif2@yandex.ru), Dmitriy U. Musakov, [musakov1@rambler.ru](mailto:musakov1@rambler.ru), Khetag V. Temirov, [temirovkv@rebcen.ru](mailto:temirovkv@rebcen.ru)

## Профилактика обезвоживания у инвалидов пожилого возраста

А.Г. Данилов

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры  
«Геронтологический центр», г. Сургут, 628400, Россия

**Аннотация.** В статье освещена проблема дегидратации гериатрических пациентов, причины возникновения данного синдрома, особенности ведения и профилактики дегидратации у пожилых лиц.

**Ключевые слова:** дегидратация, гериатрия, гидробаланс, пожилой человек, инвалид, профилактика.

### Prevention of dehydration of the elderly disabled persons

Alexey G. Danilov

Budget institution of the Khanty-Mansiysk autonomous region – Yugra  
«Gerontological Center», Surgut, 628400, Russia

**Abstract.** The problem of dehydration of the elderly disabled persons, the causes of this syndrome, the features of the management and prevention of dehydration of the elderly are highlighted in this article.

**Key words:** dehydration, geriatrics, hydrobalance, elderly person, disabled person, prevention.

В современном обществе в последнее время развивается новое направление в медицине – гериатрия – наука о патологии пожилого и старческого возраста. Общее старение населения приводит к появлению совокупности различных синдромов, которые ограничивает активность жизнедеятельности у пациентов старших возрастных категорий. Один из них старческая астения, которая характеризуется снижением мышечной силы, потерей веса, значительным ограничением физической работоспособности и в целом жизненной силы. В статье освещается одна из важных проблем гериатрической практики – поддержание водного баланса, профилактика обезвоживания у пожилых инвалидов.

Известно, что с возрастом в организме начинают происходить необратимые изменения, замедляется метаболизм, ухудшается эластичность сосудов, а также постепенно снижается количество воды, что существенно влияет на физическое состояние и умственные способности. Поэтому важно понимать, что для пожилых инвалидов норма воды в сутки отличается от показателей для людей другого возраста. Из-за этого необходимо тщательно следить за балансом поступающей и выделяемой жидкости, иначе возникает риск синдрома обезвоживания. Питьевой режим определяет количество, характер и порядок употребления жидкости в течение суток в соответствии с потребностями организма, которые определяются внутренними и внешними факторами. Количество потребляемой и выводимой жидкости в организме пожилого человека отличается от более молодого ввиду уменьшения повседневной активности. Также на питьевой режим гериатрического контингента значительное влияние оказывают сопутствующие заболевания (сахарный диабет, почечная недостаточность, сердечно-сосудистые заболевания). Как правило, соблюдать правильный питьевой режим в данном возрасте требуется для снижения вероятности обострения хронических заболеваний.

У лиц пожилого и старческого возраста уменьшается количество общей воды в организме в основном за счет внутриклеточного сектора, кроме того, изменяется гидратация тканей, уменьшается водный сектор внеклеточного пространства. Происходит снижение объема циркулирующей крови на 10-20 %. С возрастом вследствие нарушения коллоидных структур и гемодинамической перегрузки значительно снижается толерантность организма к водной нагрузке. У большинства пациентов преклонного возраста имеется хроническая гиповолемия, усиливающаяся даже при кратковременной иммобилизации. Гиповолемия и дегидратация,

возникающие в результате каких-либо патологических процессов, значительно снижают перфузионное давление в жизненно важных органах. С возрастом страдает и обмен электролитов: усиливается дефицит внутриклеточного калия, особенно у лиц старше 70 лет. Больные старшей возрастной группы плохо переносят дополнительную нагрузку: массивное переливание жидкости часто вызывает отек легких, поэтому в гериатрии активный способ коррекции нарушений гомеостаза применяется по строгим показаниям. Реакция на кровопотерю у пожилых и старых больных замедлена, поступление жидкости из тканей в кровяное русло затруднено, снижена эластичность сосудов, что препятствует приспособительным реакциям кровообращения. Поэтому темп восполнения объема циркулирующей крови не должен быть форсированным.

В Бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа «Геронтологический центр» (далее – Центр, Геронтологический центр) по состоянию на 01.01.2022 г. проживает более 200 человек пожилого и старческого возраста. Удовлетворение потребностей пожилых инвалидов в необходимых услугах, в соответствии с утвержденной структурой Центра, обеспечивается в стационарных отделениях, которые предназначены для обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов с различной степенью способности к самообслуживанию:

1. Геронтологическое отделение, предназначенное для стационарного обслуживания граждан пожилого возраста, способных к самообслуживанию.
2. Отделения «Милосердие N 1» и «Милосердие N 2» – для стационарного обслуживания граждан пожилого возраста с ограниченными возможностями в самообслуживании.
3. Отделение «Милосердие N 3» – для стационарного обслуживания граждан пожилого возраста, полностью утративших способность к самообслуживанию.
4. Геронтопсихиатрическое отделение – для стационарного обслуживания граждан пожилого возраста, имеющих возрастные изменения психики (сенильная деменция без дополнительных симптомов или с бредовой симптоматикой, болезнь Альцгеймера).

Необходимость пероральной регидратации и постороннем контроле за профилактикой обезвоживания возникает в отделениях, где преобладают пациенты с деменцией, маломобильные лица с последствиями перенесенного инсульта и со старческой астенией (это отделения «Милосердие 1», «Милосердие 3», «Геронтопсихиатрическое»).

Потеря организмом всего 1 % воды приводит к расстройствам работы всех систем и органов. Утрата 20 % – грозит летальным исходом. К признакам обезвоживания относятся следующие проявления: сухость во рту и вязкая слюна; отсутствие мочеиспускания или редкие позывы; слабость, апатия; чувство постоянной усталости; холодный пот; бледность кожи; затрудненное глотание; головокружение.

При наступлении более высокой степени дегидратации может повыситься температура тела и появиться рвота, диарея. Также показателем является резкая потеря веса, иногда до нескольких килограммов за несколько дней. Такое состояние приводит к изменениям в биохимическом балансе организма, почечной недостаточности, развитию ишемии легких и головного мозга. Риск обезвоживания есть в любом возрасте, но особенно оно опасно для пожилых людей: если вовремя не принять меры и не устранить критическую ситуацию, может случиться летальный исход.

В числе основных причин, увеличивающих риск возникновения синдрома гиповолемии и гипогидратации у пожилых пациентов Геронтологического центра (Рисунок 1):

- 1) деменция различного генеза (сосудистая, смешанная, болезнь Альцгеймера) – 65 %;
- 2) последствия инсульта в виде двигательных нарушений (грубый спастический гемипарез) – 54 %;
- 3) последствия перенесенного ОНМК в виде выраженного когнитивного дефицита – 46%;
- 4) синдром старческой астении, саркопении – 24 %;
- 5) сосудистый паркинсонизм – 12 %;
- 6) депрессивные состояния (проявляются в виде отказа от еды, воды, утраты интереса к жизни), нарушения поведения и адаптации – 9 %.

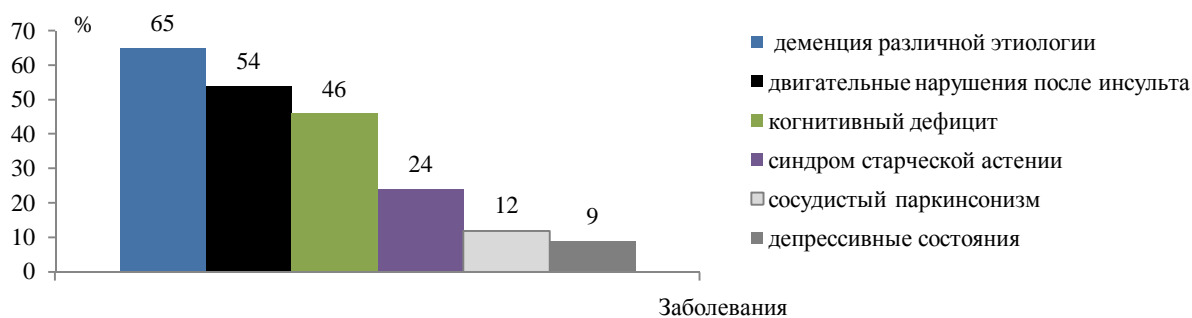


Рисунок 1 – Структура заболеваний, ведущих к риску возникновения синдрома дегидратации у гериатрического контингента (%)

Соблюдение питьевого режима – лучшая профилактика дегидратации. С наступлением преклонных лет доверять собственному чувству жажды и пить только тогда, когда хочется, уже нельзя. Всемирная организация здравоохранения установила норму объема принимаемой ежедневно жидкости, которая составляет 1500-2500 мл или 30 мл на 1 кг массы тела в сутки. Около 40 % ежедневной потребности организма в воде удовлетворяется с пищей, остальное следует принимать в виде различных напитков (вода, сок, компот, отвар шиповника, чай). С возрастом наш организм теряет способность ощущать жажду, что ведет к снижению употребления жидкости и развитию обезвоживания. Полезнее пить часто и понемногу, так как употребление большого количества жидкости за один прием влечет за собой большую нагрузку на сердце. Для поддержания баланса желательно пить именно воду. Конечно, жидкость содержится и в других напитках, но некоторые из них имеют обратный эффект. Например, некоторые виды чаёв обладают мочегонным действием и могут привести к обезвоживанию. Употребление соков грозит повышением уровня сахара в крови, а в травяных сборах обязательно следует внимательно изучать состав. Поэтому, когда решается вопрос о том, сколько пить воды пожилым людям, следует учитывать, что не все напитки способны привести гидробаланс организма в норму.

Правила употребления жидкости таковы, что пожилым инвалидам рекомендуется большую часть суточной нормы выпивать до обеда, а на ночь лучше избегать потребления жидкости. Особенно это важно при наличии почечных и сердечных заболеваний. Нельзя выпивать суточную норму за один раз. Это не только не件зно, но и может привести к проблемам с самочувствием. Избыток воды так же опасен, как и ее недостаток, поэтому медицинские работники Центра следят за соблюдением питьевого режима в течение дня.

В лечении нарушений водно-электролитного баланса придерживаемся следующих аспектов: устранение вероятности прогрессивного развития угрожающего жизни состояния (кровотечение, гиповолемия, дисэлектролитные нарушения, в особенности, гипер- или гипокалиемия); коррекция водно-солевого обмена. Наиболее часто для нормализации водно-солевого обмена назначаем такие препараты, как физиологический раствор хлорида натрия, раствор глюкозы 5 %, 10 %, коллоидные и кристаллоидные растворы, гидрокарбонат натрия; предупреждение осложнений ятрогенного характера (побочные действия лекарственных препаратов, фармакологическое взаимодействие медикаментов при полипрагмазии и полифармакотерапии); контроль уровня водно-солевого и кислотно-щелочного состояний, параметров гемодинамики, почечной функции на фоне проводимой инфузионной терапии.

Таким образом, риску обезвоживания наиболее подвержены лица пожилого и старческого возрастов с деменцией, выраженным когнитивным дефицитом, стойким неврологическим дефектом в двигательной сфере, старческой астенией. В отделениях Геронтологического центра, где имеются пациенты с данными нозологиями, предусмотрены медицинские посты для оказания круглосуточной помощи. Для профилактики дегидратации и снижения риска обострения хронической патологии у инвалидов гериатрического профиля

медицинским персоналом проводится контроль за соблюдением питьевого режима, при отсутствии возможности пероральной регидратации (например, нежелание пациента принимать жидкость) назначается инфузионная терапия по строгим показаниям с учетом физиологической потребности, поддержания водно-солевого баланса, а также наличия хронической сердечно-сосудистой патологии.

**Информация об авторах:** А.Г. Данилов – канд.мед.наук, [daniilovalexey88@mail.ru](mailto:daniilovalexey88@mail.ru)

**Information about the authors:** Alexey G. Danilov – Candidate of Medicine, [daniilovalexey88@mail.ru](mailto:daniilovalexey88@mail.ru)

## **Роль некоммерческой организации в социально-медицинской реабилитации детей-инвалидов**

**А.Ф. Беляев, О.С. Богушева, О.Н. Фотина**

Приморское краевое общественное учреждение «Институт вертеброневрологии и мануальной медицины», Владивосток, 690041, Россия

**Аннотация.** Актуальность привлечения некоммерческих организаций к развитию системы социально-реабилитационной работы с семьями, имеющими детей с инвалидностью, отметил Президент Российской Федерации В.В. Путин в поручении от 4 февраля 2020 года Пр-647.

**Цель исследования:** изучить роль некоммерческой организации в реализации социально-медицинской реабилитации детей-инвалидов.

**Результаты.** В октябре 2020 года Министерством юстиции Российской Федерации Приморскому краевому общественному учреждению «Институт вертеброневрологии и мануальной медицины» (Институт) присвоен статус «Исполнитель общественно-полезных услуг», как социально ориентированной некоммерческой организации, на протяжении многих лет оказывающей общественно полезные услуги надлежащего качества. В Институте по индивидуальной программе предоставления социальных услуг (ИППСУ) было оказано более 30 000 услуг, из них: социально-бытовые услуги – более 11 600 услуг; социально-медицинские услуги – более 9000 услуг; социально-педагогические услуги – более 3500 услуг; социально-психологические услуги – более 1600 услуг; услуги, оказываемые в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов – более 3200 услуг.

**Выводы.** Учитывая опыт Института в социально-медицинской реабилитации детей-инвалидов, в будущем сможем претендовать на участие в реализации Концепции, войдя в сеть организаций, включенных в систему комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, предусмотренную разделом II распоряжения Правительства Российской Федерации от 16.08.2022 N 2253-р «О Плана мероприятий по реализации Концепции развития в РФ системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года» и Поручения Президента Российской Федерации от 4 февраля 2020 года Пр-647.

**Ключевые слова:** Социально-медицинская реабилитация, некоммерческие организации, дети-инвалиды, дети с ограниченными возможностями, президентский грант.

## **The role of a non-profit organization in in social and medical rehabilitation of disabled children**

**Anatoliy F. Belyaev, Olga S. Bogusheva, Olga N. Fotina**

Primorsky Regional Public Organization: "Institute of Vertebro-neurology and Chiropractic Medicine", Vladivostok, 690041, Russia

**Abstract.** The relevance of involving non-profit organizations in the development of a system of social rehabilitation work with families with children with disabilities was noted by the President of the Russian Federation V.V. Putin in his Instruction.

*The purpose of the study.* To study the role of a non-profit organization in the implementation of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled children.

*Results.* In October 2020, the Ministry of Justice of the Russian Federation awarded the Primorsky Institute of Vertebro-neurology and Manual Medicine (Institute) the status of a Performer of socially useful services as a socially oriented non-profit organization that has been providing socially useful services of appropriate quality for many years. The Institute of IPPS has provided more than 30 000 services. Social and household services – more than 11,600 services; Social and medical services - more than 9000 services; Social and pedagogical services – more than 3500 services; Social and psychological services – more than 1600 services; Services in order to increase the communicative potential of recipients of social services with disabilities, including children with disabilities – more than 3200 services.

*Conclusions.* Taking into account the institute's experience in the social and medical rehabilitation of disabled children, in the future we will be able to apply for participation in the implementation of the Concept by entering the network of organizations included in the system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people, provided for by section II of the Decree of the Government of the Russian Federation dated 16.08.2022 N 2253-r "On the Action Plan for the Implementation of the Concept for the Development in the Russian Federation of the System of Comprehensive Rehabilitation and Habilitation of Disabled Persons, including Disabled Children, for the period up to 2025" and the Instruction of the President of the Russian Federation dated February 4, 2020 Pr-647.

**Key words:** Social and medical rehabilitation, non-profit organizations, disabled children, children with disabilities, presidential grant.

*Актуальность.* Рождение ребенка с нарушениями в развитии всегда является стрессом для семьи. Проблема воспитания и развития «особого» ребенка чаще всего становится причиной глубокой и продолжительной социальной дезадаптации всей семьи. На семьи, воспитывающих таких детей, ложатся большие нагрузки, связанные с уходом за больным ребёнком и ответственностью за его жизнь, с поиском организации, предоставляющей качественные услуги по комплексной социально-медицинской реабилитации (далее – СМР).

Актуальность привлечения некоммерческих организаций к развитию системы социально-реабилитационной работы с семьями, имеющими детей с инвалидностью, отметил Президент Российской Федерации В.В. Путин в своем поручении от 4 февраля 2020 года Пр-647 (далее – Поручение): «Рекомендовать органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации развивать систему социально-реабилитационной работы с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью, предусмотрев при этом использование механизмов государственно-частного партнёрства, а также привлечение некоммерческих организаций, в том числе добровольческих (волонтерских) организаций» [3].

*Цель исследования:* изучить роль некоммерческой организации в реализации социально-медицинской реабилитации детей-инвалидов.

В Приморском крае по состоянию на 1 августа 2022 г. проживает 6752 ребёнка с инвалидностью [7], что составляет 6,28 % от общего числа инвалидов края (Рисунок 1).

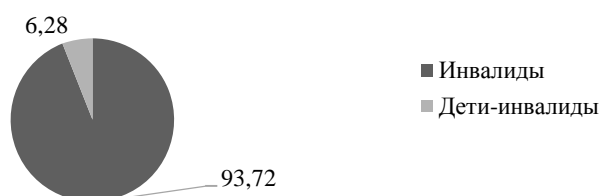


Рисунок 1 – Доля детей-инвалидов в общей численности инвалидов Приморского края, в %

При этом среди детей-инвалидов больше мальчиков – 60 % (4058 человек), а девочек – 40 % (2694 человек).

Распределение по возрастным группам детей-инвалидов в Приморском крае наглядно представлено на рисунке 2.

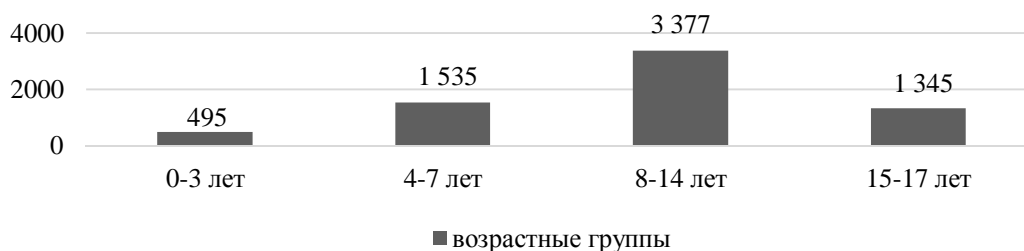


Рисунок 2 – Распределение детей-инвалидов в Приморском крае по возрасту

В настоящее время в Приморском крае наблюдается острая нехватка учреждений, способных реализовать социально-реабилитационную работу с семьями, воспитывающими детей-инвалидов, а также недостаточно специалистов, использующих в работе современные и эффективные методики.

С целью организации СМР Министерство труда и социальной политики Приморского края разработало Государственную программу Приморского края «Социальная поддержка населения Приморского края на 2020-2027 годы» [1]. Кроме того, распоряжением Правительства Приморского края от 17 мая 2021 N 187-рп был утвержден Комплекс мер по обеспечению поэтапного доступа негосударственных организаций, осуществляющих деятельность в социальной сфере, к бюджетным средствам, выделяемым на предоставление социальных услуг населению на территории Приморского края, на 2021-2024 годы [2].

Приморское краевое общественное учреждение «Институт вертеброневрологии и мануальной медицины» (далее – Институт) уже на протяжении более 25 лет проводит активную работу по оказанию реабилитационной помощи жителям Приморского края, в том числе инвалидам и детям с инвалидностью. Институт активно работает над расширением и качеством предоставляемых услуг, участвует в конкурсах на соискание грантов Президента Российской Федерации, субсидий от Департамента внутренней политики Приморского края.

С 2017 по 2022 годы в Институте расширился спектр услуг для детей с инвалидностью и детей с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ). В 2017 году на средства гранта Президента Российской Федерации был реализован проект по интеграции терапии рук, эрготерапии в систему реабилитации детей-инвалидов «Я смогу сам». По состоянию на конец ноября 2018 года в рамках данного проекта были оказаны бесплатные услуги в сфере терапии рук, эрготерапии 144 детям с инвалидностью. Кроме того, результатом реализации гранта стало открытие комнаты терапии рук.

В 2018 году на средства гранта Президента Российской Федерации, полученные на проект «Физическая реабилитация детей-инвалидов «Шаг в будущее», был открыт зал аппаратной реабилитации. В рамках реализации данного проекта в зале аппаратной реабилитации проведено 467 бесплатных занятий для детей с ОВЗ, проживающих в Приморском крае (всего 257 детей).

В конце 2018 года получены грант Президента Российской Федерации на реализацию проекта «Мир без ограничений» – комната сенсорной интеграции в реабилитации детей с отклонениями в развитии и субсидия из краевого бюджета от Департамента внутренней политики Приморского края. За время реализации проекта комнату сенсорной интеграции посетило более 90 детей с различными нарушениями сенсорной обработки, проведено более 800 бесплатных занятий.

Следующий проект Института «Нейроника – программа когнитивной реабилитации для детей с особенностями в развитии» в 2019 году получил субсидию от Департамента

внутренней политики Приморского края, на средства которой была приобретена программа когнитивной реабилитации. За год в программе приняли участие 79 детей, среди которых дети-инвалиды и дети с ОВЗ.

С 1 марта по 31 августа 2021 года для детей с инвалидностью и детей с ОВЗ проходила бесплатная программа для детей с неврологическими заболеваниями «Биоакустическая коррекция!».

Социально значимая программа «Слышать и слушать!» была реализована за счет субсидии из краевого бюджета, предоставленной Департаментом внутренней политики Приморского края. С 1 марта по 1 июля 2021 года метод «Биоакустическая коррекция головного мозга» (БАК) проведен 115 детям с различной неврологической патологией, из них: 36 инвалидов (ДЦП – 7 человек, аутизм и РАС – 14 человек, синдром Дауна – 2 человека, ЗПР с аутистическим спектром – 9 человек, эпилепсия – 2 человека, СМА – 1 человек, бронхоэктатическая болезнь – 1 человек, СДВГ у 12 детей), 79 детей с ОВЗ (с речевыми нарушениями различной степени).

Еще одна общественно значимая программа «Войта-терапия в реабилитации детей с особенностями развития» была реализована за счет субсидии из краевого бюджета, представленной Департаментом внутренней политики Приморского края по итогам конкурсного отбора социально ориентированных НКО в Приморском крае в 2021 году. По проекту 60 детей с особенностями развития прошли по 10 бесплатных процедур Войта-терапии.

В свою очередь, в соответствии со статьей 25 Федерального закона от 28 декабря 2013 N 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» [4], 10 декабря 2018 года Институт включен в реестр поставщиков социальных услуг на территории Приморского края.

Институт ведет работу по индивидуальной программе предоставления социальных услуг (далее – ИППСУ) с февраля 2019 года. Услуги предоставляются в полустационарной форме обслуживания. Ежемесячно Институт принимает по ИППСУ в среднем по 60-70 детей с инвалидностью и детей с ОВЗ (Таблица 1).

Таблица 1 – Количество детей и проведенных курсов реабилитации по ИППСУ по годам

Период предоставления услуг, год	Количество детей, получивших услуги по ИППСУ	Количество проведенных курсов реабилитации
2019	121	188
2020	178	427
2021	191	652
2022 (по сентябрь включительно)	167	554

Всего для детей за указанные года было проведено 1821 курс реабилитации. При этом нужно отметить, что детей с ОВЗ обратилось значительно больше, чем детей с инвалидностью. При этом, мальчиков с инвалидностью и/или с ОВЗ значительно больше, чем девочек (Таблица 2).

Таблица 2 – Распределение детей с инвалидностью и с ОВЗ по полу

Период предоставления услуг, год	Всего детей	Дети с инвалидностью		Дети с ОВЗ	
		мальчики	девочки	мальчики	девочки
2019	121	28	17	60	16
2020	178	34	17	101	26
2021	191	54	17	88	26
2022 (по сентябрь включительно)	167	40	21	88	29

Так, в 2019 году услуги СМР оказаны 45 детям с инвалидностью (из них 62,2 % мальчиков и 37,8 % девочек) и 76 детей с ОВЗ (из них 78,9 % мальчиков и 21,1 % девочек). Из г. Владивостока было 103 ребенка и 18 детей из других городов и районов Приморского края.



В 2020 году услуги СМР оказаны 51 ребенку с инвалидностью (из них 66,7 % мальчиков и 33,3 % девочек) и 127 детям с ОВЗ (из них 79,5 % мальчиков и 20,5 % девочек). В 2020 году количество детей, приезжающих на реабилитацию из других городов и районов Приморского края, увеличилось. Полный курс реабилитации получили 27 детей.

В 2021 году услуги СМР оказаны 71 ребенку с инвалидностью (из них 76,1 % мальчиков и 23,9 % девочек) и 117 детям с ОВЗ (из них 75,2 % мальчиков и 24,8 % девочек). Стоит отметить, что 48 детей приехали из других городов и районов Приморского края.

В 2022 году с января по июль включительно услуги СМР оказаны 61 ребенку с инвалидностью (из них 65,6 % мальчиков и 34,4 % девочек) и 107 детям с ОВЗ (из них 77,6 % мальчиков и 22,4 % девочек).

Как видно из таблицы 2, с каждым годом количество детей, получающих услуги СМР увеличивается. Все это показывает высокий уровень организации в Институте реабилитационной помощи детям-инвалидам и детям с ОВЗ. В октябре 2020 года Министерством юстиции Российской Федерации Институту присвоен статус «Исполнитель общественно-полезных услуг», как социально ориентированной некоммерческой организации на протяжении многих лет оказывающей общественно полезные услуги надлежащего качества.

По возрасту курсы СМР преимущественно оказывались детям с 2 до 5 лет. Чем старше ребенок, тем реже становятся проводимые курсы реабилитации. Данный факт свидетельствует, что дети с ОВЗ с возрастом догоняют в физическом и умственном развитии своих сверстников. Однако, тяжелые, гипомобильные дети с инвалидностью перестают посещать курсы реабилитации в связи с тем, что семьям, воспитывающим детей с инвалидностью, становится сложно посещать Институт из-за трудностей перемещения выросших гипомобильных детей.

За время работы по ИПКСУ было оказано более 30 000 услуг, из них: социально-бытовые услуги – более 11 600 услуг; социально-медицинские услуги – более 9000 услуг; социально-педагогические услуги – более 3500 услуг; социально-психологические услуги – более 1600 услуг; услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов – более 3200 услуг.

*Выводы.* Институт стремительно развивается и работает над расширением и качеством предоставляемых услуг, участвует в конкурсах на соискание грантов Президента Российской Федерации, субсидий от Департамента внутренней политики Приморского края.

В Институте оборудованы и функционируют помещения для предоставления социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания: зал лечебной физкультуры, зал музыкальной терапии, кабинет массажа, физиотерапии, кабинет психолога, логопеда, комната сенсорной интеграции и т. д.

В заключение можно с уверенностью сказать, что учитывая опыт Института в социально-медицинской реабилитации детей-инвалидов и поставленной задачей Правительством Российской Федерации о развитие сети организаций, независимо от их организационно-правовых форм, включенных в систему комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в будущем мы сможем претендовать на участие в реализации Концепции [5], войдя в сеть организаций, включенных в систему комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, предусмотренную разделом II распоряжения Правительства Российской Федерации от 16 августа 2022 N 2253-р «О Плана мероприятий по реализации Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года» [6] и Поручения [3].

#### **Библиографический список**

1. Об утверждении государственной программы Приморского края «Социальная поддержка населения Приморского края на 2020 – 2027 годы» : Постановление Правительства Приморского края (с изм. на 23 сентября 2022 года) N 918-па от 27 декабря 2019 года. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/561690694> (дата обращения: 02.11.2022). – Текст : электронный.

2. Об утверждении комплекса мер по обеспечению поэтапного доступа негосударственных организаций, осуществляющих деятельность в социальной сфере, к бюджетным средствам, выделяемым на предоставление социальных услуг населению на территории Приморского края, на 2021-2024 годы : Распоряжение Правительства Приморского края N 187-рп от 17 мая 2021. – URL: <https://primorsky.ru/authorities/executive-agencies/departments/economics/187-%D1%80%D0%BF%20%D0%BE%D1%82%2017.05.2021.pdf> (дата обращения: 23.11.2022). – Текст : электронный.

3. Поручение Президента Российской Федерации В.В. Путина Пр-647, п.7 от 4 февраля 2020 года, (по итогам встречи с представителями общественности в Череповце). – URL: <http://www.kremlin.ru/acts/assignments/orders/63196/print> (дата обращения: 02.11.2022). – Текст : электронный.

4. **Российская Федерация. Законы.** Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 28 декабря 2013 N 442-ФЗ. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/499067367> (дата обращения: 02.11.2022). – Текст : электронный.

5. **Российская Федерация. Распоряжения.** Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2021 N 3711-р. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/403212204/> (дата обращения: 02.11.2022). – Текст : электронный.

6. **Российская Федерация. Распоряжения.** О плане мероприятий по реализации Концепции 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 16 августа 2022 N 2253-р. – URL: <https://base.garant.ru/405180381/> (дата обращения: 02.11.2022). – Текст : электронный.

7. **Федеральная государственная информационная система.** Федеральный реестр инвалидов. – URL: <https://sfri.ru/analitika/chislennost/chislennost-detei?territory=05000000> (дата обращения: 02.11.2022). – Текст : электронный.

**Информация об авторах:** А.Ф. Беляев – д-р мед.наук, профессор, [inmanmed.nauk@mail.ru](mailto:inmanmed.nauk@mail.ru), О.С. Богушева, [inmanmedv\\_leo@mail.ru](mailto:inmanmedv_leo@mail.ru), О.Н. Фотина – канд. мед. наук, [fotinolga@yandex.ru](mailto:fotinolga@yandex.ru)

**Information about the authors:** Anatoliy F. Belyaev – Doctor of Medical Sciences, professor, [inmanmed.nauk@mail.ru](mailto:inmanmed.nauk@mail.ru), Olga S. Bogusheva, [inmanmedv\\_leo@mail.ru](mailto:inmanmedv_leo@mail.ru), Olga N. Fotina – Candidate of Medical Sciences, [fotinolga@yandex.ru](mailto:fotinolga@yandex.ru)

## Реабилитация пациентов с кохлеарным имплантом и «неслуховыми» ощущениями

**Е.А. Левина, С.В. Левин, С.Б. Сугарова, А.С. Лиленко**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, 190013, Россия

**Аннотация.** Кохлеарная имплантация является наиболее эффективным методом реабилитации пациентов с тяжелой степенью потери слуха и глухотой. Метод заключается в установке высокотехнологичного протеза в улитку внутреннего уха. Благодаря данному методу, большинство пациентов успешно интегрируются в социум, значительно повышают качество жизни. В ряде случаев, после проведения кохлеарной имплантации, помимо слуховых ощущений могут возникать и «неслуховые». К подобным ощущениям относят болевые ощущения, головокружение, подергивания мышц лица и др. Чаще всего, подобные ощущения могут возникать у пациентов с аномалией развития среднего и внутреннего уха, слухового нерва, после травм височной кости, головного мозга, после перенесенного менингита, при аутоиммунных заболеваниях.

Нами были проанализированы данные 20 пациентов от 7 до 72 лет, после проведения кохлеарной имплантации, имеющими сопутствующие «неслуховые ощущения». Были изучены особенности проведения реабилитационных мероприятий данной группы пациентов, алгоритмы настройки речевого процессора кохлеарного импланта, комплексных мероприятий по развитию слухоречевых навыков.

В последних моделях систем кохлеарного импланта появилась возможность использовать 3-х фазную стимуляцию. Она позволяет уменьшить порог стимуляции лицевого нерва на 30-40 %. В результате пациент может частично или полностью избавиться от «неслуховых» ощущений, вызванных электрической стимуляцией.

В качестве профилактики подобных явлений, важное значение имеет тщательный выбор электрода на дооперационном этапе. Современные высокотехнологичные системы обработки данных компьютерной томографии улитки позволяют максимально точно рассчитать тип электродной решетки, тем самым предотвратив риск неполного введения электродов кохлеарного импланта.

**Ключевые слова:** реабилитация, кохлеарная имплантация, лицевой нерв, глухота.

### **Rehabilitation of patients with a cochlear implant and “non-auditory“ sensations**

**E.A. Levina, S.V. Levin, S.B. Sugarova, A.S. Lilenko**

The Federal State Budgetary Institution “St. Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech” of the Ministry of Health of the Russian Federation,  
St. Petersburg, 190013, Russia

**Abstract.** Cochlear implantation is the most effective method of rehabilitation for patients with severe hearing loss and deafness. The method consists in installing a high-tech prosthesis in the cochlea of the inner ear. Thanks to this method, most patients are successfully integrated into society, significantly improving the quality of life. In some cases, after cochlear implantation, in addition to auditory sensations, «non-auditory» sensations may also occur. Such sensations include pain, dizziness, twitching of facial muscles, etc. Most often, such sensations can occur in patients with an anomaly in the development of the middle and inner ear, auditory nerve, after trauma to the temporal bone, brain, after suffering meningitis, with autoimmune diseases. We analyzed the data of 20 patients from 7 to 72 years old, after CI, with concomitant «non-auditory sensations». The features of the rehabilitation measures for this group of patients, the algorithms for setting up the speech processor of the cochlear implant, and complex measures for the development of hearing and speech skills were studied. The latest models of cochlear implant systems have the ability to use 3-phase stimulation. It allows to reduce the stimulation threshold of the facial nerve by 30-40 %. As a result, the patient can partially or completely get rid of the «non-auditory» sensations caused by electrical stimulation. As a prevention of such phenomena, careful selection of the electrode at the preoperative stage is important. Modern high-tech data processing systems for computed tomography of the cochlea make it possible to calculate the type of electrode array as accurately as possible, thereby preventing the risk of incomplete insertion of CI electrodes.

**Key words:** rehabilitation, cochlear implantation, facial nerve, deafness.

*Введение.* Кохлеарная имплантация (далее – КИ) является наиболее эффективным методом реабилитации пациентов с тяжелой степенью потери слуха и глухотой. Метод заключается в установке высокотехнологичного протеза в улитку внутреннего уха. Благодаря данному методу, большинство пациентов успешно интегрируются в социум, значительно повышают качество жизни. У некоторых пациентов после кохлеарной имплантации во время подключения аудиопроцессора при стимуляции отдельных электродов КИ возникают дополнительные «неслуховые» ощущения – боль, жар, головокружение, подергивания мышц лица, отсутствие звуковых ощущений [1;11].

Существует целый ряд причин возникновения подобных ощущений. Такие эффекты возможны у пациентов:

- с аномалией развития улитки и расположения лицевого нерва [2;3];
- при оссификации улитки после перенесенной менингококковой инфекции;
- при расширенном внутреннем слуховом проходе, аномалии внутреннего уха [5;9];
- гипоплазия, аплазия слухового нерва;
- кохлеарная форма отосклероза (33 % вероятность стимуляции лицевого нерва) [4;5];
- с аномалией Мондини, при увеличенном вестибулярном водопроводе;
- явления остеопороза, аутоиммунной болезни уха;
- последствия травмы височной кости.

Одним из наиболее частых осложнений процедуры КИ является непреднамеренная стимуляция лицевого нерва (далее – СЛН или FNS). Электрический ток, проходя через электрод к клетке спирального ганглия, может распространяться на близлежащий лицевой нерв, вызывая симптомы, варьирующиеся от чувства жара и покалывания до сильного лицевого спазма [2;5;11;12]. В некоторых случаях во время операции кохлеарной имплантации электродная цепочка КИ не полностью введена в тимпанальную лестницу улитки и часть электродов находится вне улитки в барабанной полости (экстракохлеарно).

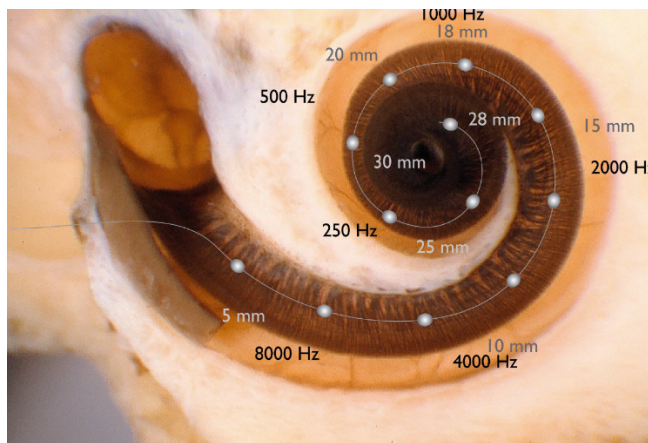
Kelsall et al, предложил систему бальной оценки для субъективных ощущений при стимуляции лицевого нерва [11]. Эта шкала оценок основана на шести степенях от степени I, соответствующей «без стимуляции», до степени VI, соответствующей «общей стимуляции»:

Начало стимуляции лицевого нерва может возникать как при первом включении речевого процессора, так и отсроченным, чаще в течение первого года после имплантации, но может развиваться и через 10 лет после операции [11].

Существует целый ряд гипотез развития подобных состояний – это непосредственная близость лицевого нерва к боковой стенке улитки (в верхнем сегменте базального витка), увеличенная электропроводность улитки, высокие уровни стимуляции электродов кохлеарного импланта (часто встречается при гипоплазии слухового нерва), неисправные электроды [3;6;9;11].

У пациентов с отосклерозом новая мягкая реконструированная кость имеет более низкий импеданс, и это может быть причиной высокого уровня СЛН у пациентов [4;10;12]. Некоторые авторы также предположили, что набор электродов может разрушить костный слой между барабанной лестницей и лицевым нервом [6;11].

Для проведения успешной реабилитации данной категории пациентов важна предоперационная подготовка: комплексное аудиологическое обследование; анализ данных компьютерной томографии височных костей; МРТ улитки, слуховых нервов. В настоящее время все большее значение приобретают программы 3D реконструкции височной кости по данным компьютерной томографии и МРТ улитки (Рисунок 1) [7;8;11;12]. Полученные расчеты позволяют максимально точно подобрать длину вживляемой части импланта, скорректировать план оперативного вмешательства [7;8;9].



C.G.Wright, UT Southwestern Medical Center, Dallas

Рисунок 1 – Пример расчета частотного распределения в улитке

*Методы.* Нами были проанализированы данные 20 пациентов с кохлеарным имплантом, у которых на этапе подключения речевого процессора возникли дополнительные «неслуховые» ощущения. Возраст пациентов составлял от 5 до 72 лет (11 мужчин и 9 женщин). По этиологии пациенты распределялись на следующие группы: менингит – 4 человека, гипоплазия слуховых нервов – 5 человек, Аномалия Мондини – 3 человека, кохлеарная форма отосклероза – 5 человек, травма височной кости – 3 человека. При первом подключении речевого процессора, у всей группы пациентов появились жалобы на «неслуховые» ощущения при стимуляции отдельных электродов: «подергивание «угла рта со стороны имплантированного уха – у 8 человек, ощущение головокружения – у 4 человек, «подергивание внутреннего угла глаза – 4 человека, болевые, колющие ощущения в ухе – 4 человека, сочетанные жалобы – у 5 человек.

*Результаты.* В процессе создания настроечных карт пациента были использованы различные методы для устранения СЛН. Применялись:

- изменение стратегии кодирования (18 пациентов);
- режима стимуляции электродов (17 пациентов);
- отключение некоторых электродов (18 пациентов);
- снижение уровня стимуляции ниже пороговых значений СЛН (9 пациентов);
- использование метода 3-фазной стимуляции (17 пациентов).

Метод 3-х фазной стимуляции особенно эффективен при гипоплазии слуховых нервов, так как при увеличении уровней стимуляции, как следствие, возникает «избыточная» стимуляция лицевого нерва. 3-фазная стимуляция позволяет уменьшить порог стимуляции лицевого нерва на 30-40 %. На этапе первого курса реабилитации у всех пациентов появились слуховые ощущения при стимуляции звуками низкой, средней и высокой частоты. Это позволило значительно повысить качество звучания и обеспечить индивидуальный подход к настройке процессоров после кохлеарной имплантации. Благодаря звуковому кодированию самых низких частот, электроду достигающему области тонопического расположения дендритов слухового нерва на низких частотах, индивидуальному распределению частот на каждом электроде, стало возможным достигнуть улучшения разборчивости речи и естественного звучания.

Для оптимизации проведения настроечных сессий данные компьютерной томографии височных костей всей группы пациентов были проанализированы при помощи программы Otoplan. Эта методика позволяет максимально точно провести 3D реконструкцию улитки с имплантом уже в послеоперационном периоде [7;8;9;10;11;12]. При традиционной настройке процессоров обычно используется принцип частотного распределения электродов, приближенный к тонопической организации среднестатистической улитки, учитывающий используемую стратегию кодирования. Однако эти усредненные показатели не учитывают индивидуальные особенности анатомии улитки пациента [7;10;11]. Благодаря 3D реконструкции стало возможным вычисление длины канала улитки и использовать для процесса частотного распределения данные, индивидуальные для каждого пациента. При использовании данной технологии получены следующие результаты: у 4х пациентов с гипоплазией слухового нерва появились реакции на тональные сигналы 500, 1000, 2000, 4000 Гц при интенсивности 40дБ. Все пациенты отметили улучшение качества звука. При этом, возникновение «неслуховых» ощущений при стимуляции большинства электродов не возникали, при стимуляции 3-х электродов проявления побочных ощущений было минимально. У 16 пациентов данные тестирования разборчивости речи улучшились на 10 %.

Таким образом, данные компьютерной томографии могут быть полезны не только на дооперационном этапе, но и при проведении реабилитационных мероприятий после кохлеарной имплантации.

#### Выводы:

1. Наиболее важной частью профилактики неслуховых ощущений после кохлеарной имплантации является предоперационная диагностика (КТ, МРТ) слуховых нервов, вестибулярное тестирование.
2. Изменение стратегий кодировки и режима стимуляции сигнала речевого процессора, снижение амплитуды тока, увеличение ширины импульса, отключение электродов, при стимуляции которых возникают «неслуховые» ощущения.
3. В последних моделях систем КИ появилась возможность использовать 3-х фазную стимуляцию. Она позволяет уменьшить порог стимуляции лицевого нерва на 30-40 %. В результате пациент может частично или полностью избавиться от «неслуховых» ощущений, вызванных электрической стимуляцией.

#### Библиографический список

1. Корнеенков, А.А. Пространственный анализ данных в эпидемиологии сенсоневральной тугоухости / А.А. Корнеенков, С.В. Рязанцев, И.В. Фанта, Е.Э. Вяземская, С.В. Левин, Е.А. Левина // Российская оториноларингология. – 2020. – Т. 19. N 4 (107). – С. 13-20.
2. Королева, И.В. Настройка процессора кохлеарного импланта у особых групп пациентов : пособие для врачей / И.В. Королева, В.И. Пудов, Д.С. Клячко, С.В. Левин, Е.А. Левина, В.Е. Кузовков, О.В. Зонтова. – Текст : непосредственный / Под ред. И.В. Королевой. – СПб. : Полифорум Групп, 2019. – 66 с.
3. Кузовков, В.Е. Аномалии развития внутреннего уха и кохлеарная имплантация / В.Е. Кузовков, Ю.К. Янов, С.В. Левин. – Текст : непосредственный // Российская оториноларингология. – 2009. – N 2 (39). – С. 102-107.
4. Кузовков, В.Е. Кохлеарная имплантация при кохлеарной форме отосклероза / В.Е. Кузовков, А.С. Лиленко, С.Б. Сугарова, С.В. Лиленко [и др.]. – Текст : непосредственный // Российская оториноларингология. – 2021. – Т. 20. N 6 (115). – С. 84-92.
5. Кузовков, В.Е. Опыт проведения кохлеарной имплантации у пациентов с аномалиями развития внутреннего уха / В.Е. Кузовков, А.С. Лиленко, С.Б. Сугарова, И.В. Костевич, В.А. Танасчишина. – Текст : непосредственный // Материалы X Петербургского международного форума оториноларингологов России. 27-29 октября 2021 г., Санкт-Петербург / Гл. ред Ю.К. Янов. – СПб. : Полифорум Групп, 2021. – С. 66-67.
6. Кузовков, В.Е. Причины стимуляции лицевого нерва у пользователей кохлеарных имплантов / В.Е. Кузовков, А.С. Лиленко, С.Б. Сугарова, Д.Д. Каляпин [и др.] // Материалы XI Петербургского форума оториноларингологов России. 26-28 апреля 2022 г., Санкт-Петербург / Гл. ред Ю.К. Янов. – СПб. : Полифорум Групп, 2022. – С. 106-107.
7. Левин, С.В. Настройка процессоров кохлеарного импланта с учетом индивидуальной анатомии улитки / С.В. Левин, В.Е. Кузовков, Е.А. Левина, А.В. Шапорова, С.Б. Сугарова. – Текст : непосредственный // Материалы XX съезда оториноларингологов России. Москва, 6-9 сентября 2021 г. / Нац. мед. ассоц. оториноларингологов России ; гл. ред. Ю.К. Янов. – СПб. : Полифорум Групп, 2021. – С. 222-223.
8. Левина, Е.А. «Неслуховые» ощущения у пациентов с кохлеарным имплантом / Е.А. Левина, С.В. Левин, В.Е. Кузовков, И.В. Королева [и др.]. – Текст : непосредственный // Материалы XX съезда оториноларингологов России. Москва, 6-9 сентября 2021 г. / Нац. мед. ассоц. оториноларингологов России ; гл. ред. Ю.К. Янов. – СПб. : Полифорум Групп, 2021. – С. 223.
9. Левина, Е.А. Особенности реабилитации пациентов с аномалиями развития внутреннего уха / Е.А. Левина, С.В. Левин, В.Е. Кузовков, И.В. Королева [и др.]. – Текст : непосредственный // Материалы XX съезда оториноларингологов России. Москва, 6-9 сентября 2021 г. / Нац. мед. ассоц. оториноларингологов России ; гл. ред. Ю.К. Янов. – СПб. : Полифорум Групп, 2021. – С. 224.
10. Лиленко, А.С. Кохлеарная имплантация у пациентов с кохлеарной формой отосклероза / А.С. Лиленко, В.Е. Кузовков, С.Б. Сугарова, Д.С. Клячко [и др.]. – Текст :

непосредственный // Материалы X Петербургского международного форума оториноларингологов России. 27-29 октября 2021 г., Санкт-Петербург / Гл. ред Ю. К. Янов. – СПб. : Полифорум Групп, 2021. – С. 69-70.

11. Berrettini S, Vito de A, Bruschini L, Passetti S, Forli F. Facial nerve stimulation after cochlear implantation: our experience. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2011. – 31(1):11-16.

12. Non-hearing sensations in patients with a cochlear implant Levina E.A., Levin S.V., Kuzovkov V.E., Koroleva I.V., Anosova L.V. *Journal of Hearing Science.* 2022. –Т. 12. N 1. – С. 189.

**Информация об авторах:** Е.А. Левина – канд.мед.наук, *xramoval@gmail.com*, С.В. Левин – канд.мед.наук, *megalor@gmail.com*, С.Б. Сугарова – канд.мед. наук, *sima.sugarova@gmail.com*, А.С. Лиленко – канд.мед.наук, *aslilenko@gmail.com*

**Information about the authors:** E.A. Levina – Candidate of Medicine, *xramoval@gmail.com*, S.V. Levin – Candidate of Medicine, *megalor@gmail.com*, **S.B. Sugarova** – Candidate of Medicine, *sima.sugarova@gmail.com*, A.S. Lilenko – Candidate of Medicine, *aslilenko@gmail.com*

### **Особенности реализации междисциплинарного подхода в реабилитации пациентов с нарушенным слухом после кохлеарной имплантации**

**О.В. Зонтова, В.И. Пудов**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, 190013, Россия

**Аннотация:** В связи с увеличением инвалидов по слуху, уточнении критериев высокотехнологичной медицинской помощи по кохлеарной имплантации и распространении современных реабилитационных подходов по всей территории страны – важно наладить и оптимизировать междисциплинарный подход к реабилитации пациентов с нарушенным слухом. Основой организации такого подхода является работа междисциплинарной команды специалистов различного профиля на всех этапах помощи таким пациентам: диагностика и отбор на кохлеарную имплантацию, протезирование слуха и проведение операции по кохлеарной имплантации, коррекционно-педагогическая помощь, замена процессоров систем кохлеарной имплантации. Такой подход осуществляется при тесном взаимодействии специалистов, пациентов и их близких в форматах очной и дистанционной работы. Результатам реализации междисциплинарного подхода является повышение реабилитационного потенциала пациентов.

**Ключевые слова:** глухота, тугоухость, дети с нарушениями слуха, междисциплинарный подход, кохлеарная имплантация, слуховые аппараты, слухоречевая реабилитация.

### **Features of the implementation of an interdisciplinary approach in the rehabilitation of patients with impaired hearing after cochlear implantation**

**O. Zontova, V. Pudov**

The Federal State Budgetary Institution “St. Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech” of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, 190013, Russia

**Abstract.** Due to the increase in hearing disabilities, the clarification of criteria for high-tech medical care for cochlear implantation and the spread of modern rehabilitation approaches throughout the country, it is important to establish and optimize an interdisciplinary approach to the rehabilitation of patients with hearing impairment. The basis of the organization of this approach is the work of an interdisciplinary team of specialists of various profiles at all stages of care for such patients: diagnosis and selection for cochlear implantation, hearing prosthetics and cochlear implantation

surgery, correctional and pedagogical assistance, replacement of processors of cochlear implantation systems. This approach is carried out with close cooperation of specialists, patients and their relatives in the formats of face-to-face and remote work. The results of the implementation of the interdisciplinary approach is to increase the rehabilitation potential of patients.

**Keywords:** deafness, hearing loss, children with hearing disorders, interdisciplinary approach, cochlear implantation, hearing aids, hearing aid rehabilitation.

Актуальность проблемы заключается в увеличении количества пациентов со сниженным слухом. Снижение слуха приводит к ограничениям жизнедеятельности человека и к его инвалидизации. По статистике ВОЗ во всем мире 360 млн человек (примерно 5 % мирового населения) живут с инвалидизирующей потерей слуха, из которых 32 млн – дети. Наиболее очевидным следствием потери слуха в детском возрасте является нарушение коммуникации. При глубокой потере слуха единственным эффективным методом лечения является операция кохлеарной имплантации. Метод кохлеарной имплантации, включает ряд этапов: отбор кандидатов; проведение операции и восстановительного лечения; подключение и настройки процессора системы кохлеарной имплантации и реабилитации. Учет и реализация всех этапов позволяет повысить реабилитационный потенциал, что позволяет глухим людям интегрироваться в общество [1;2]. На данный момент встает актуальный вопрос создания межтерриториальной и междисциплинарной команды реабилитации, т.к. в реабилитации пациентов с нарушенным слухом и после кохлеарной имплантации затрагиваются медико-технический и психолого-педагогический аспекты. Актуальность вопроса подтверждается тем, что в приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 октября 2019 N 878н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детей» предусмотрена реабилитационная помощь специалистами медицинского и педагогического профиля работы. При этом, проблема кохлеарной имплантации разработана в медико-техническом аспекте, разработаны специализированные медицинские стандарты по организации реабилитации после кохлеарной имплантации. С другой стороны, проблема кохлеарной имплантации недостаточно разработана в психолого-педагогическом аспекте. Существует множество описанных подходов к организации коррекционно-педагогической помощи детям после кохлеарной имплантации, отмечается значимость совместной работы специалиста по настройке и педагога, но не разработана модель реабилитации детей после кохлеарной имплантации при взаимодействии педагога и специалиста по настройке процессора [2;3]. Нет четкого и структурированного описания комплексной работы междисциплинарной команды в оказании реабилитационной помощи пациентам с нарушенным слухом после кохлеарной имплантации.

Цель работы – раскрыть систему комплексной реабилитации для пациентов с нарушенным слухом и после кохлеарной имплантации междисциплинарной командой.

Задачи:

- 1) описать разработанную систему работы междисциплинарной команды реабилитации;
- 2) апробировать модель реабилитации при взаимодействии специалистов различного профиля;
- 3) оценить эффективность междисциплинарного подхода для повышения реабилитационного потенциала детей после кохлеарной имплантации.

Изучаемый контингент – пациенты детского возраста, имеющие нарушение слуха 4 степени – глухоты и прошедшие операцию кохлеарной имплантации, не имеющие сложные и множественные нарушения развития.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – ФГБУ СПб НИИ ЛОР) около 80 лет занимается вопросами сурдологии в разных аспектах: выявление пациентов со сниженным слухом, их диагностика, лечение, протезирование слуха, коррекционно-педагогические мероприятия. Кохлеарная имплантация проводится с 1997 года, активное



развитие и расширение междисциплинарной команды произошло именно с этого времени – внедрения в практику работы института кохлеарной имплантации. Реабилитация пациентов с нарушенным слухом и после кохлеарной имплантации стала подразделяться на два аспекта: медико-технический и психолого-педагогический. При этом, специалисты всех профилей достаточно тесно взаимодействуют на всех этапах сопровождения пациента, принимают участие в совместных комиссиях и при составлении индивидуальных планов эффективной реабилитации.

Содержание реализации междисциплинарного подхода в реабилитации пациентов после кохлеарной имплантации реализуется на всех этапах: диагностика и отбор на кохлеарную имплантацию, протезирование слуха и проведение кохлеарной имплантации, коррекционно-педагогическая помощь и замена процессора. Основой реализации междисциплинарного подхода является четкое и слаженное взаимодействие специалистов различных отраслей науки: медиков, инженеров, психологов и педагогов. При этом сурдопедагог организует взаимодействие: «педагог – ребенок», «педагог – специалист по настройке», «ребенок – родитель», «ребенок – специалист по настройке», «педагог – родитель».

При реализации междисциплинарного подхода важно учитывать персонифицированный подход в реабилитации, который предполагает специально организованную совместную деятельность всех сторон взаимодействия, предполагающую формирование субъективного опыта ребенка после кохлеарной имплантации, а также его интеллектуально-нравственное развитие с опорой на индивидуальные особенности. Использование различных подходов с учетом индивидуальных особенностей детей, разработанных с учетом уровня их слухоречевого развития, особенностей оказываемой коррекционно-педагогической помощи и пр. Организация и реализация трехстороннего взаимодействия предполагает следующих участников:

- специалисты различного профиля;
- пациент;
- близкие пациента (родители и/или лица их заменяющие и другие окружающие).

Формы реализации междисциплинарной работы:

- очный клинический на базе ФГБУ СПб НИИ ЛОР;
- удаленный (на базе центров сотрудничества);
- дистанционный (с использованием он-лайн технологий);
- информационно-просветительский (издание буклетов, брошюр, публикации

в СМИ и пр.).

Рассмотрим подробнее структуру междисциплинарной работы на каждом этапе реабилитации.

Дооперационная диагностика и отбор на кохлеарную имплантацию включает сбор медико-педагогических данных: аудиологическое обследование, данные соматических и неврологических исследований, нейровизуализацию головного мозга, КТ височных костей; консультацию психолога, сурдопедагога (дефектолога).

Консультация сурдопедагога предполагает определение коррекционно-педагогических аспектов необходимости, возможности проведения кохлеарной имплантации и оценке перспективности результатов реабилитации, включая оценку мотивации. Консультация сурдопедагога до госпитализации в клинику предполагает осмотр детей и взрослых с нарушенным слухом и после кохлеарной имплантации для определения коррекционно-педагогических аспектов необходимости, возможности проведения кохлеарной имплантации и оценке перспективности результатов реабилитации, включая оценку мотивации для кохлеарной имплантации на одно ухо, кохлеарной имплантации на два уха (одномоментно или последовательно). Консультация сурдопедагога также включает уточнение эффективности слухопротезирования и оценку реабилитационного потенциала, что является одним из критериев отбора кандидатов как на кохлеарную имплантацию на одно ухо, так и кандидатов на кохлеарную имплантацию на два уха (одномоментно или последовательно). Дополнительно рекомендуется привезти с места жительства от специалистов, наблюдающих пациента: заключение сурдолога

о наличии/отсутствии эффекта от использования слухового аппарата (аппаратов); заключение сурдопедагога о мотивации и наличии/отсутствии положительной динамики, позволяющей на данный момент или в перспективе интегрироваться в общую среду. Кроме всего прочего, консультация сурдопедагога позволяет оценить возможность эффективного использования слухового восприятия после кохлеарной имплантации для развития речи и ориентировки в пространстве. Сурдопедагог уточняет уровень сформированности центральных слуховых механизмов (процессы: различения, опознавания, распознавания), которые являются основой слухоречевого развития. Такая диагностика проводится в оптимально подобранных и настроенных слуховых аппаратах с индивидуальным вкладышем. Именно поэтому важно на консультацию сурдопедагога брать с собой слуховые аппараты – для кандидатов на одно ухо, аппарат – для кандидатов на кохлеарную имплантацию на два уха или второе ухо.

На этапе протезирования, проведения кохлеарной имплантации и восстановительного лечения необходимо продолжать (или начать, если пациент ранее не занимался) занятия по слухоречевому развитию с учетом имеющихся у пациента технических средств протезирования слуха (слуховые аппараты) с учетом оптимизации их настройки по рекомендации сурдопедагога.

После подключения процессора системы кохлеарной имплантации пациентам проводится комплекс мер по реабилитации, включающих медико-технический аспект и психолого-педагогический аспект (на основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 сентября 2014 N 527н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при нейросенсорной потере слуха двусторонней после кохлеарной имплантации (за исключением замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации)»). В реабилитации принимают участие специалисты различного профиля: сурдологи, неврологи, сурдопедагоги, логопеды и др. Цель реабилитации – научить воспринимать звуковые (акустические) сигналы (неречевые и речевые), понимать их и использовать новые слуховые ощущения для развития устной речи.

Программа слухоречевой реабилитации, разработанная сотрудниками ФГБУ СПб НИИ ЛОР, объединяет усилия врачей, сурдопедагогов, детей и их родителей и обеспечивает создание единой развивающей слухоречевой среды для ребенка, а также интеграцию его в общество слышащих людей. В процессе послеоперационной реабилитации участвует целая команда специалистов: оториноларинголог, логопед, сурдопедагог, психолог, психиатр, инженер и т.д. Сама по себе кохлеарная имплантация не позволяет глухим детям сразу же после подключения речевого процессора различать звуковые сигналы и пользоваться речью в коммуникативных целях. Поэтому, после проведения первой настройки процессора ребенок нуждается в педагогической помощи по развитию слухового восприятия и развитию речи. В связи с чем, главная цель реабилитации маленьких детей с кохлеарным имплантом – научить ребенка воспринимать, различать, опознавать и распознавать окружающие звуки, понимать их значение и использовать этот опыт для развития речи.

Для этого реабилитация после кохлеарной имплантации детей дошкольного возраста включает следующие компоненты:

1. Настройка речевого процессора кохлеарного импланта.
2. Развитие слухового восприятия и речи.
3. Общее развитие ребенка (невербальный интеллект, моторика, память, внимание и т.д.).
4. Психологическая помощь ребенку и его близким.

На этапе замены процессора системы кохлеарной имплантации через 5 лет также принимает участие многопрофильная междисциплинарная команда, основной целью которой является оптимизация параметров настройки процессора системы кохлеарной имплантации и при необходимости коррекции реабилитационного маршрута пациента.

Таким образом, реализации междисциплинарного подхода в реабилитации пациентов с нарушенным слухом после кохлеарной имплантации способствует повышению их реабилитационного потенциала. Повышается информированность населения о методах и

приемах реабилитации пациентов с нарушенным слухом и после кохлеарной имплантации, в том числе появляется возможность профилактики возможных вторичных нарушений развития у детей.

Перспектива исследования – изучение междисциплинарной работы с пациентами: с 1-3 степенями сенсоневральной тугоухости, пациентов со сложными и множественными нарушениями развития, пациентов взрослого возраста; реализация дистанционной поддержки пациентов различных категорий.

#### **Библиографический список**

1. Орлова, О.С. Совершенствование медико-педагогической реабилитации глухих детей после кохлеарной имплантации посредством настройки речевого процессора / О.С. Орлова, О.В. Зонтова. – Текст : непосредственный // Специальное образование. – 2018. – N 2. (50). – С. 74-86.
2. Пудов, В.И. Настройка речевого процессора : методические рекомендации / В.И. Пудов. – СПб. : ФГУ НИИ уха, горла, носа и речи, 2011. – Текст : непосредственный.
3. Pudov N., Zontova O. On-Line service to support patients after coclear implantation 15 // international conference on cochlear implant and other implantable auditory technologies // Journal of Hearing Science. Volume 8, N 2, June 2018. – p. 323.

**Информация об авторах:** О.В. Зонтова, [ozontova@yandex.ru](mailto:ozontova@yandex.ru), В.И. Пудов – канд.биол.наук, [v\\_pudov@mail.ru](mailto:v_pudov@mail.ru)

**Information about the authors:** O. Zontova, [ozontova@yandex.ru](mailto:ozontova@yandex.ru), V. Pudov – Candidate of Biological Sciences, [v\\_pudov@mail.ru](mailto:v_pudov@mail.ru)

#### **Система комплексной реабилитации детей с нарушением слуха в условиях реабилитационного центра**

**Е.Г. Суркова, М.Н. Шадиева**

Федеральное государственное бюджетное учреждение Центр реабилитации (для детей с нарушением слуха) Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
г. Москва, г. Троицк, 142190, Россия

**Аннотация.** Статья посвящена осмыслению специфики и особых возможностей комплексной реабилитации детей с нарушением слуха в условиях реабилитационного центра. Показано, что в условиях реабилитационного центра в отличие от коррекционного процесса в детском образовательном учреждении, где главной целью является обучение ребенка, цель специалистов состоит в создании особой адаптирующей среды, позволяющей педагогам центра эффективно оказывать комплексную психолого-педагогическую помощь родителям, детям и семье в целом и способствовать развитию их социализации.

**Ключевые слова:** адаптация, социализация, игротерапия, терапия творческим самовыражением, мотивирующая среда, развивающая среда, реабилитация. абилитация, дети раннего, дошкольного и школьного возраста с нарушением слуха.

#### **The system of comprehensive rehabilitation of children with hearing impairment in a rehabilitation center**

**Elena G. Surkova, Maya N. Shadieva**

Federal State Budgetary Institution Rehabilitation Center (For Children With Hearing Impairment) Ministry of Health of the Russian Federation,  
Moscow, Troitsk, 142190, Russia

**Abstract.** The article is devoted to understanding the specifics and special possibilities of comprehensive rehabilitation of children with hearing impairment in a rehabilitation center. It is shown that in the conditions of a rehabilitation center, in contrast to the correctional process in a children's educational institution, where the main goal is to educate a child, the goal of specialists is to create a

special adaptive environment that allows the center's teachers to effectively provide comprehensive psychological and pedagogical assistance to parents, children and the family as a whole and to promote the development of their socialization.

**Key words:** adaptation, socialization, game therapy, creative self-expression therapy, motivating environment, developing environment, rehabilitation, habilitation, children of early, preschool, and school age with hearing impairment.

Одним из действенных способов помощи ребенку с нарушением слуха является прохождение курса лечения в реабилитационном центре. Медицинская и психолого-педагогическая помощь в условиях центра имеет свою специфику и не является заменой помощи ребенку по месту жительства. Напротив – в условиях центра появляется возможность ставить коррекционные задачи, часть из которых трудно решать в условиях посещения ребенком образовательного учреждения по месту жительства. В отличие от образовательных учреждений по месту жительства, в которых целью является обучение ребенка, в реабилитационном центре целью совместных усилий врачей и педагогов является помощь ребенку в адаптации к социуму с учетом его речевых возможностей. Ребенок с нарушением слуха зачастую бывает неуспешен в образовательном учреждении по месту жительства. В результате у него могут не складываться отношения с одноклассниками, формироваться нарушения самооценки и избыточная тревожность, которые, в свою очередь будут влиять на школьную успешность. Смещение в условиях реабилитационного центра фокуса внимания с внешних, количественно измеряемых признаков адаптированности, таких, например, как успеваемость, на внутренние, качественные – состояние психологического комфорта и позитивная самооценка ребенка, мотивация к общению и обучению – зачастую вдохновляет на школьные победы не только ребенка, но и его родителя.

Федеральное государственное бюджетное учреждение Центр реабилитации (для детей с нарушением слуха) Министерства Здравоохранения Российской Федерации (далее – Центр, реабилитационный центр, ФГБУ ЦР Минздрава России) в год посещает более 2000 детей. Дети имеют значительные различия по возрасту, состоянию здоровья, времени подключения кохлеарного импланта, уровню образования, семейно-бытовым условиям. Зачастую первое посещение Центра ребенком происходит вне рамок сензитивного периода развития речи. В данных обстоятельствах работа сотрудников психолого-педагогической службы Центра носит индивидуальный характер в отношении каждого ребенка.

Психолого-педагогическая служба Центра представлена специалистами разного профиля – психологами, логопедами, сурдопедагогами, дефектологами, музыкальным руководителем и педагогом организатором. За годы работы Центра командой специалистов выстроена и постоянно совершенствуется уникальная система работы, позволяющая в относительно краткие сроки (ребенок находится в центре 14 дней) оказать максимально эффективную помощь каждому ребенку.

В результате систематизации профессионального опыта специалистов Центра, для подбора программы реабилитации, максимально учитывающей образовательные потребности детей, выделен ряд наиболее значимых характеристик ребенка: 1) возраст; 2) уровень актуального развития; 3) образовательный маршрут – ребенок может успешно или неуспешно обучаться в школе для слабослышащих, общеобразовательной школе, специализированном классе общеобразовательной школы, быть на домашнем обучении и др.; 4) способ коррекции слуха и возраст подключения; 5) наличие сопутствующих заболеваний, осложняющих процесс реабилитации; 6) мотивация ребенка к ношению слухового аппарата или кохлеарного импланта. А также заинтересованность и компетентность родителя в развитии возможностей ребенка.

С учетом вышеперечисленных характеристик формируется основное направление и содержательная часть реабилитационного процесса, предполагающая акцент на психолого-педагогических, социально-психологических или социокультурных аспектах. В соответствии с результатами диагностики составляется индивидуальный план реабилитации в котором

отмечаются: 1) необходимость и количество индивидуальных занятий с конкретными специалистами; 2) сочетание форм проведения занятий – индивидуальные, групповые, занятия в паре с другим ребенком, занятия в паре с мамой, одновременная работа с одним ребенком двух специалистов разного профиля, индивидуальные занятия с родителем, совместные групповые занятия с родителями и детьми; 3) ожидаемые результаты и формы дальнейшего взаимодействия с семьей.

*Первый блок* программы реабилитации – диагностический. Он предполагает, как осмотр ребенка узкими специалистами, включая проведение сурдологического обследования, так и педагогическую диагностику, включая оценку речевых навыков, когнитивной, эмоционально-волевой и личностной сферы поступившего в стационар ребенка и выдачу рекомендаций родителям.

*Второй блок* представляет собой реализацию индивидуального плана коррекционных занятий с ребенком, составленного по результатам диагностики всех специалистов. Формат индивидуальной работы с ребенком и его родителем позволяет не только познакомить родителя с адаптационным потенциалом ребенка, но и продемонстрировать психокоррекционные упражнения, позволяющие, по возможности, скомпенсировать выявленные проблемы. Специалисты Центра непрерывно расширяют арсенал индивидуальных и групповых форм психолого-педагогической реабилитации. Индивидуальные и групповые занятия проводятся логопедами, сурдопедагогами, психологами, дефектологами, музыкальным руководителем и другими специалистами, каждый из которых использует авторские методики, основанные как на классических, так и на новых направлениях в психологии и педагогике. Педагоги Центра используют такие процедуры как: «Томатис-терапия», логоритмика, игротерапия, арт-терапия, музыкотерапия, танцевально-двигательная терапия, занятия в сенсорной комнате, песочная терапия, нейрокоррекция, сказкатерапия и многие другие.

*Третий блок* касается работы педагога-психолога с родителями. На регулярной основе проводятся индивидуальные и групповые беседы с родителями по актуальным для них вопросам.

Успешность коррекционных мероприятий значительным образом зависит от роли родителя ребенка в реабилитационном процессе. Процесс реабилитации на базе стационара дает возможность ежедневного тесного общения родителей и специалистов и позволяет родителям максимально вовлекаться в коррекционный процесс. Обучая, мотивируя и вдохновляя родителей на занятия с детьми можно рассчитывать на продолжение работы с ребенком дома [11;12;13;14].

Семьи, в которых воспитывается ребенок-инвалид, относятся к этой ситуации по-разному. Родители могут глубоко переживать создавшуюся ситуацию, испытывать чувство вины, не принимать ребенка-инвалида, не видеть его жизненных перспектив или видеть их искаженно, относиться к ребенку попустительски и отказываться брать на себя ответственность за его развитие. Особенности детско-родительских отношений в семьях наших пациентов представлены всей палитрой возможных стилей семейного воспитания, описанных в психологической литературе.

Родители могут находиться в конфронтационных отношениях с ребенком – осуждать его за весьма скромные успехи в школе, стыдиться и дистанцироваться от него, а могут создавать с ним псевдокоманду, пытаясь «спасти» от жестокого на их взгляд, мира. Встречаются случаи, когда в Центр поступает ребенок, проживающий в родной семье, который в 8 годам не имеет никаких средств речевого взаимодействия с окружающим миром – не говорит, не знает языка жестов, не умеет читать и писать. Очевидно, что члены семьи не испытывали потребности в общении с больным ребенком за рамками удовлетворения его витальных нужд.

Задача сотрудников психолого-педагогической службы Центра состоит в том, чтобы члены семьи, поступившей на реабилитацию, превратились в команду, которая видит перед собой позитивную и достижимую цель и готова эффективно и согласованно действовать в нужном направлении. Эта задача решается в контексте всей коррекционно-развивающей работы Центра. Родителям зачастую больше, чем детям необходимы индивидуальные

консультации психолога для того, чтобы поверить в себя и своего ребенка или скорректировать стиль воспитания, однако запрос на такую консультацию редко поступает в прямой форме.

Безусловно, присутствие родителей на индивидуальных диагностических и коррекционных занятиях с педагогами Центра позволяет им правильнее оценить особенности и ресурсы познавательной и личностной сфер своего ребенка, познакомиться с возможностями коррекции выявленных нарушений. И все-таки, оказываясь на занятиях в качестве наблюдателя, родитель остается в несколько пассивной позиции по отношению к коррекционному процессу. Педагогами Центра была поставлена *задача* по развитию реабилитационной и абилитационной компетентности родителей с помощью вовлечения их в групповые формы работы.

Необходимо отметить, что организация родителями занятий с детьми в домашних условиях требует от них настойчивости, терпения, умения и желания играть и вовлекать в игры ребенка. В современных условиях многие родители сами не вполне владеют такими навыками, предпочитая активную игровую деятельность с ребенком заменять обучением или подменяя процесс общения с ним взаимодействием с электронными гаджетами. Педагоги Центра предложили родителям формат работы, который помогает им научиться выстраивать развивающее взаимодействие с ребенком исходя из их возраста и возможностей.

В результате совместной работы сурдопедагогов, логопедов, дефектологов и психологов реабилитационного центра создана и функционирует программа групповых развивающих и коррекционных занятий для детей и родителей, способствующая успешной интеграции ребенка в детский коллектив по месту жительства, предусматривающая участие в ней как детей, так и родителей. Исходя из целей работы на разных этапах реабилитационного процесса, меняется и роль родителя.

Сложная система групповых занятий с детьми разного возраста и их родителями требует создания особого духа взаимодействия между педагогами Центра, родителями и детьми. Для создания и поддержания позитивной мотивации и стремления к продуктивному взаимодействию, для всех желающих каждый день проводится утреннее групповое занятие в духе танцевально-двигательной терапии, на котором педагоги, дети и их родители, играя в несложные музыкальные игры, могут избавиться от мышечных зажимов, эмоционального напряжения и получить новый опыт общения.

Цикл групповых игротерапевтических занятий, проводящийся в отношении детей раннего возраста, направленных на формирование предречевых навыков коммуникации и запуск речи, конечной целью которого является помощь в успешной интеграции ребенка в дошкольный детский коллектив по месту жительства, называется *«Мои любимые игрушки»*. Спецификой таких занятий является то, что они проводятся не только в отношении ребенка, а и в отношении диады «Родитель-ребенок». Педагоги взаимодействуют и с родителем, и с ребенком. Родитель, откликаясь на коммуникации педагогов, показывает своему ребенку пример реагирования на коммуникацию. Таким образом, на занятиях родитель обучается организации, а ребенок – участию в развивающей игре. Занятия дают ребенку возможность расширить представления об окружающем мире, овладеть необходимыми речевыми и бытовыми навыками, научиться учитывать законы поведения, принятые в детском обществе, сочувствовать, проявлять инициативу [2;4;7;8].

Цикл занятий *«Мои любимые мультики»* разработан для детей и родителей среднего дошкольного возраста. В рамках занятий этого цикла дети и родители совместно с педагогами приветствуют друг друга; смотрят отрывки из мультфильмов («Доктор Айболит», «Слоненок идет учиться», «Умка» и др.), в которых наглядно представлены конструктивные паттерны поведения в знакомых ребенку бытовых ситуациях, а затем обсуждают их. Кроме того, во время занятий они участвуют в подготовке инвентаря, необходимого для организации по мотиву просмотренного мультфильма сюжетно-ролевой игры, в основу которой заложено партнерское взаимодействие детей и родителей. Некоторые сюжеты построены так, чтобы команда детей вступала во взаимодействие с командой родителей (родители – гости, дети – помощники мухи-

цокотухи, встречающей гостей). Таким образом, помимо реализации задач, сформулированных для предыдущего цикла занятий, в процессе взаимодействия с взрослыми и другими детьми ребенок не просто принимает участие в сюжетно-ролевой игре, а учится подчиняться её правилам, а также имеет возможность творчески изменять ее и инициировать собственный сюжет на предлагаемую тему. В свою очередь, родители получают опыт поддержки инициативы ребенка, построения развивающей игры, доставляющей удовольствие как родителю, так и ребенку [1;3;5;6].

Цикл групповых занятий, разработанный для детей старшего дошкольного и младшего школьного возрастов, называется «*Мои любимые сказки*». Целью реабилитационных мероприятий для детей данного возраста является успешная интеграция ребенка в школьный коллектив. Ребенок должен быть готов к обучению в школе в интеллектуальном, личностном, социальном и эмоционально-волевом плане. В процессе знакомства с конкретной сказкой, подготовки костюмов и декораций, создания собственной книги с иллюстрациями, а затем участия в театральной постановке на тему сказки, дети развивают интеллектуальные и социальные навыки, необходимые в школе. Участие в театральной постановке является для ребенка мощным стимулом личностного развития, так как повышается его самооценка, развивается способность к саморегуляции, творческому самовыражению. В занятиях данного цикла роль родителей сильно изменяется по сравнению с групповыми занятиями для детей младшего возраста: родители из партнеров в игре становятся деятельной группой поддержки. А ответственность за подготовку и реализацию сценического образа лежит на ребенке. В результате ребенок, выходя на сцену и играя роль, получает опыт самостоятельного участия в сложной групповой публичной деятельности, ощущая при этом из зала поддержку родителей.

По опыту проведения таких занятий в Центре, многие родители ощущают глубокие катартические переживания, глядя на своего ребенка, самостоятельно играющего роль на сцене, получающего заслуженные призы и аплодисменты.

Большинство поступающих на реабилитацию детей в той или иной мере имеют проблемы, связанные со школьной неуспешностью [9;10;16;17;18]. Для коррекции таких нарушений был разработан цикл групповых занятий для младших школьников «*Школа Мальвины и Буратино*». На таких занятиях дети играют в настольные игры, развивающие позицию школьника, познавательные процессы, познавательную мотивацию. Родители могут присутствовать на занятиях как полноправные участники игры, демонстрирующие детям пример саморегуляции, познавательный интерес, конструктивную эмоциональную реакцию на проигрыш, подшучивание и т.п.

В подростковом возрасте дети часто теряют интерес к занятиям с педагогами, некоторые из них, чрезмерно остро переживая ограничения, связанные с физическим недостатком, вообще не видят смысла в развитии навыков речевого общения. Групповые занятия для таких детей являются не только средством обучения необходимым коммуникативным навыкам и помощи в социализации в большом социуме, включающем в себя все сферы жизни общества, но и, по сути, группой взаимной поддержки, помогающей найти собственные жизненные смыслы и цели. В связи с этим методики, использующиеся на таких занятиях, направлены не только на растормаживание устной речи, развитие коммуникативных навыков в виде ролевых игр на темы: «Посещение поликлиники», «Заказ пиццы по телефону» и проч., но и на мотивацию к личностному самоопределению ребенка. Занятия для детей подросткового возраста «*Монстр общения*» проводятся без присутствия родителей. Родителю(ям) рекомендуется поинтересоваться у ребенка о том, что происходило на занятиях, но оставить за ним право не отвечать на вопрос. Роль родителей – разделить с ребенком впечатления от занятия.

Присутствие и участие родителей в групповых занятиях для детей по *логоритмике и других групповых логопедических занятиях*, адаптированных для проведения с детьми с нарушением слуха, позволяет обучить их встраивать игровые упражнения в совместное выполнение с ребенком ежедневных режимных моментов дома, мотивирует к музыкальному развитию своих детей. Родители с детьми посещают такие занятия в соответствии с возрастом и речевым развитием ребенка. Каждое занятие представляет собой комплекс специальных

игр, направленных на решение следующих задач: развитие мышечного тонуса, чувства ритма и музыкального темпа; развитие дыхания, голоса и артикуляции; развитие познавательной сферы; слушание музыки, пение, игра на музыкальных инструментах. В Центре периодически проводятся обучающие логоритмические занятия только для родителей, после которых они могут получить у педагогов необходимый музыкальный материал для продолжения занятий с детьми дома.

Особой формой работы педагогов является *организация групповых занятий для родителей*. Целью таких занятий является знакомство родителей со смыслом разных форм педагогического воздействия, их ролью в реабилитационном процессе, а также организация группы взаимоподдержки родителей. В начале такой работы нами было проведено анкетирование родителей с целью выяснения тем, которые они хотели бы обсудить с педагогами Центра и между собой. Было получено более тридцати предложений, после систематизации которых, были сформулированы следующие тематические разделы:

1. «Мы и наши дети». Стили родительского воспитания. Как наше общение с ребенком формирует его личность. Как научиться самому и научить ребенка предотвращать конфликт и правильно конфликтовать в случае необходимости.

2. «Адаптация к школе ребенка с нарушением слуха. Какую школу выбрать и как к ней подготовить».

3. «Школа. Первые шаги». Как научить ребенка понимать прочитанное. Позиция школьника – что это такое и как ее вырабатывать. Мотивация к обучению и получению хороших оценок.

4. «Неудобный возраст» – дети или девушки и юноши? Как повысить самооценку подростка, научить дружить и договариваться.

5. «Профессии, которые они выбирают». Как помочь ребенку с выбором профессии. Какие специальности доступны детям с нарушением слуха.

6. «Психологические проблемы родителей детей с нарушением слуха». Как себе помочь;

7. «Логоритмика» – как проводить занятия в домашних условиях.

8. «Танцевально-двигательная терапия». Влияние танца на речевое развитие.

На основании выбранных тем был организован неформальный родительский лекторий, который назывался «Родительские посиделки» и пользовался большой популярностью у родителей.

*Ребенок, поступающий в Центр, должен не только учиться развивать речевые навыки, но и хотеть это делать.* Это желание должно естественным образом возникать в общем контексте свойственного детям стремления к познанию, общению, развитию. Однако в жизни пациентов нашего Центра это стремление могло тормозиться и искажаться в связи с особенностями психического и физического развития ребенка, отношением близких и педагогов как к ребенку, так и к его физическому дефекту. Такому ребенку может быть непросто устанавливать контакты с другими детьми. Занятия со взрослыми – родителями, логопедами и сурдопедагогами – этому способствуют весьма косвенно, преимущественное общение со взрослыми не обеспечивает полноценного развития личности ребенка с нарушением слуха, обедняет ее.

В условиях реабилитационного центра большое внимание уделяется созданию обстановки для постоянного использования полученных и имеющихся речевых навыков как в специально созданных, так и неформальных ситуациях. Большую помощь в этом плане педагогам оказывают, приходящие на практику студенты-сурдопедагоги. Участвуя в совместных играх с детьми, особенно это касается детей младшего школьного и подросткового возрастов, они становятся своеобразными помощниками ребенка в социуме – еще не взрослыми, но уже и не детьми. В одних случаях показывающими пример коммуникации на равных, а в других – пример конструктивного лидерства в детском коллективе. Такие занятия, как правило, очень нравятся детям.

Создание мотивирующей к речевому развитию среды возможно и за пределами индивидуальной работы специалистов: с помощью системы творческих занятий музыкой и



декоративно-прикладным творчеством; театрализованных, подвижных и настольных игр; проведения всевозможных праздников, квестов, концертов и фестивалей. Таким образом, вокруг ребенка выстраивается среда, мотивирующая его к познанию и общению посредством роста самостоятельности, повышения самооценки и ощущения «WOW-эффекта» – эффекта приятного удивления.

Приезжая домой после курса реабилитации, ребенок привозит с собой не только новые знания, впечатления и опыт общения с детьми, но и внушительное портфолио своих творческих работ, которые многие месяцы будут показываться близким и знакомым, комментироваться и служить поводом для гордости и позитивного общения.

*Заключение.* Реабилитационный процесс на базе ФГБУ ЦР Минздрава России отличается комплексным подходом, созданием вокруг ребенка адаптирующей среды, позволяющей скорректировать эмоционально-волевые и мотивационные трудности ребенка и возможностью организации тесного конструктивного контакта между педагогами и родителями, позволяющего им совместно ставить цели в отношении развития ребенка и добиваться их реализации.

Несмотря на достаточно большой объем проделанной работы и в целом позитивную обратную связь, получаемую нами от родителей и детей, Центр не собирается останавливаться на достигнутом: планируется продолжить внедрение в работу с детьми с нарушением слуха новых методов коррекции и результатов научных исследований, а также разработка новых коррекционных и развивающих методик.

#### **Библиографический список**

1. Абрамян, В.А. Сюжетно-ролевая игра у глухих и слабослышащих дошкольников / В.А. Абрамян, И.В. Гусева. – Текст : непосредственный // Новое слово в науке : перспективы развития. – 2015. – № 3 (5). – С. 131-133.
2. Антоненко, Л.Ф. Из опыта организации педагогической работы с имплантированными детьми в условиях детского сада / Л.Ф. Антоненко. – Текст : непосредственный // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2010. – № 5. – С. 60-65.
3. Акимова, О.И. Психолого-педагогические условия организации сюжетно-ролевых игр детей дошкольного возраста с нарушением слуха / О.И. Акимова, И.В. Гусева // Педагогический опыт : теория, методика, практика. – 2014. – № 1 (1). – С. 263-265.
4. Баряева, Л.Б. Учим детей общаться / Л.Б. Баряева, Л.В. Лопатина. – Текст : непосредственный / под ред. проф. Л.Б. Баряевой. – СПб. : ЦДК, 2011.
5. Белая, Н.А. Психолого-педагогические условия развития речевого общения слабослышащих дошкольников : автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Белая Наталья Алексеевна. – Москва, 2016. – 26 с.
6. Белая, Н.А. Особенности коммуникативной компетентности слабослышащих детей 6-7 лет / Н.А. Белая, Е.Г. Речицкая. – Текст : непосредственный // Европейский журнал социальных наук. – 2012. – № 10 (2). – С. 113-120.
7. Беляева, О.Л. Психолого-педагогические условия развития детей с кохлеарными имплантами в различных типах учреждений / О.Л. Беляева, О.Г. Давыдова, Т.В. Никашина // Материалы XVIII Всероссийской научно-практической конференции КГПУ им. В.П. Астафьева «Психология детства. Социальные и психолого-педагогические условия развития и воспитания ребенка», Красноярск, 24 марта 2016 г. – Красноярск : КГПУ им. В.П. Астафьева, 2016.
8. Беляева, О.Л. О педагогической компетентности родителей дошкольников – Текст : непосредственный с кохлеарными имплантами / О.Л. Беляева, Л.А. Сосновская, Т.Л. Юкина. – Текст : непосредственный // Логопедия. – 2015. – № 4 (10). – С. 53-61.
9. Беляева, О.Л. Планирование работы сурдопедагога с младшими школьниками после проведения кохлеарной имплантации в условиях общеобразовательной школы-интерната I-II вида / О.Л. Беляева, О.А. Ходарева // Материалы научно-практической конференции / отв. ред. Л.П. Уфимцева. – Красноярск : Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева, 2014. – С. 98-99.
10. Гончарова, Е.Л. «ЗП-реабилитация» детей после кохлеарной имплантации – поворот

в развитии сурдопедагогики / Е.Л. Гончарова, О.И. Кукушкина. – Текст : непосредственный // Дефектология. – 2018. – N 2. – С. 3-13.

11. Зонтова, О.В. Билатеральная кохлеарная имплантация у детей особенности реабилитации и интеграции / О.В. Зонтова. – Текст : непосредственный // Научное обозрение : теория и практика. – 2012. – N 3. – С. 62-66.

12. Королева, И.В. Кохлеарная имплантация и дети. Все самое важное для родителей : монография / И.В. Королева. – СПб. : Умная Маша, 2010. – 208 с. – Текст : непосредственный.

13. Королева, И.В. Учусь слушать и говорить : методические рекомендации по развитию слухоречевого восприятия и устной речи у детей после кохлеарной имплантации на основе «слухового» метода / И.В. Королева. – СПб. : КАРО, 2014. – 304 с. – Текст : непосредственный.

14. Леонгард, Э.И. Я не хочу молчать / Э.И. Леонгард, Е.Г. Самсонова, Е.А. Иванова. – М. : Просвещение, 1990. – 112 с. – Текст : непосредственный.

15. Речицкая, Е.Г. Игра, как средство формирования понятий у глухих детей Е.Г. Речицкая. – Текст : непосредственный // Специальная школа. – 1969. – Вып. 1.

16. Речицкая, Е.Г. Готовность слабослышащих дошкольников к обучению в школе : Учеб. пособие для студ. высш. учеб. Заведений / Е.Г. Речицкая, Е.В. Пархалина. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 192 с. – Текст : непосредственный.

17. Соловьева, Т.А. Особенности речевого общения интегрированных первоклассников с нарушенным слухом / Т.А. Соловьева // Дефектология. – 2010. – N 5. – С.60-68.

18. Ткачева, В.В. Технология психокоррекционной работы по развитию воображения слабослышащих дошкольников и младших школьников : учеб.-метод. пособие / В.В. Ткачева, Ю.А. Труханова. – М. : ООО «Национальный книжный центр», 2013. – 120 с.

**Информация об авторах:** Е.Г. Суркова, канд. психол. наук, доцент, *surkova@fgbucr.ru*, М.Н. Шадиева, *maushka-topik1990@yandex.ru*

**Information about the authors:** Elena G. Surkova – Candidate of psychological sciences, Assistant professor, *surkova@fgbucr.ru*, Maya N. Shadieva, *maushka-topik1990@yandex.ru*

**Литературно-просветительский проект «Мастерство жестового рассказа»  
для глухих, слабослышащих детей и подростков и  
CODA (слышащие дети глухих родителей) 8-17 лет**

**Н.А. Аракчеева**

Федеральное государственное бюджетное учреждение культуры «Российская государственная детская библиотека», г. Москва, 119049, Россия

**Аннотация.** Проблема речевого развития детей и подростков с недостатками слуха – одна из самых актуальных и сложных проблем сурдопедагогики. Уровень речевого развития взаимосвязан с формированием мыслительных процессов, с методикой обучения русскому языку, развитию речи, методикой работы с текстом.

**Ключевые слова:** дети и подростки с нарушением слуха, глухие дети, слабослышащие дети, русский жестовый язык, РЖЯ, чтение детей с нарушением слуха, жестовый рассказ, адаптация детей с недостатком слуха, грамотное владение РЖЯ, CODA.

**Literary and educational project «Mastering the sign language storytelling» for deaf,  
hard of hearing and CODA (Children of Deaf Adults) children and youth aged 8-17**

**Natalia Arakcheeva**

Federal state budgetary institution of culture «Russian State Children's Library»,  
Moscow, 119049, Russia

**Abstract.** The problem of speech development among children and teenagers with hearing deficiencies is one of the most urgent and complicated problems of deaf education. The level of

speech development is interrelated with the formation of thought processes, with Russian language teaching methods, speech development, methods of working with text.

**Key words:** children and teenagers with hearing impairment, deaf children, hearing-impaired children, Russian sign language, RSL, reading of hearing-impaired children, sign language narration, adaptation of hearing-impaired children, RSL literacy, CODA.

Практика обучения работе с текстом позволяет констатировать, что дети и подростки с недостатками слуха испытывают большие трудности как в осмыслении прочитанного, так и в построении связного высказывания. Роль чтения велика в развитии учащихся с недостатками слуха. Именно книга способна в значительной степени восполнить, компенсировать недостаточность познания глухими и слабослышащими объективно существующую действительность, обогатить их нравственный опыт. Чтение художественной и научно-популярной литературы предваряет жизненный опыт детей, позволяет накапливать его, готовит их к жизни. Процесс познания непрерывно связан с развитием детей: обогащением ее новой лексикой, совершенствованием навыков построения фраз, построения сложных высказываний [3].

В Московском институте коррекционной педагогики отмечают, что причины, наблюдаемого многими педагогами и родителями, снижения интереса к чтению связаны с заменой его другими видами досуговой деятельности (подвижные игры, телевизор, компьютер и др.), а также с проблемой восприятия художественного текста у слабослышащих детей, и это во многом происходит в следствии недооценки роли русского жестового языка (далее – РЖЯ) как вспомогательного средства при обучении.

**Примечание.** Мимический метод обучения существовал до 1880 года, когда на Миланском конгрессе «победил» «чисто устный метод». Таким образом, он применялся 120 лет. После запрещения мимического метода обучения существовали разные точки зрения на этот предмет, однако в основном, во многих школах советского периода он не использовался.

Исследования в области жестового языка продолжаются до сих пор. Так, среди сторонников его применения тоже мнения разделяются. Некоторые считают, что надо использовать так называемый разговорный жестовый язык, который является родным для глухого с рождения ребенка; другие утверждают, что жестовый язык должен приближаться к грамматике словесного языка так называемый «калькирующая жестовая речь» [1].

По утверждению специалиста Автономной некоммерческой организацией «Слышащие дети в семье глухих» (далее – АНО «Слышащие дети в семье глухих») С.В. Бобковой, малограмотность глухих и слабослышащих детей отличается от неграмотности слышащих. У слышащих детей есть значительный словарный запас благодаря речевой среде. Они могут понимать текст, даже если не любят читать. У глухих детей маленький словарный запас приводит к тому, что они очень плохо понимают тексты. РЖЯ и письменная речь (чтение) – отстоят друг от друга на значительном расстоянии. По сути, прочитать «вслух» книгу на РЖЯ – это совершить художественный перевод, чрезвычайно сильно адаптировав её к восприятию на РЖЯ, и, чем сложнее книга и неграмотнее аудитория, тем труднее эта задача. Грамотная жестовая речь в понимании учителей, это калькирующая жестовая речь (далее – КЖР), полностью копирующая письменную речь. Но вот парадокс: КЖР свободно используется лишь теми глухими, которые умеют читать и понимать прочитанное, обладают большим словарным запасом, а попросту говоря, начитанными людьми!

Эта дилемма решается в тех семьях, где глухих детей приучают чтению с раннего детства. Как правило, в школе добиться привычки к чтению уже не удаётся. Бывают приятные исключения, но их мало.

Таким образом, глухие и слабослышащие дети и подростки не читают литературу, не потому что у них избыток медиаинформации, а вследствие отсутствия словарного запаса в текстовом формате и умения соотносить значения написанного слова и жеста.

Этот факт отмечают и сами глухие взрослые, работающие с глухими и слабослышащими детьми. Так, профессиональный глухой гид-экскурсовод В.И. Берлизова (АНО «Слышащие

дети в семье глухих») считает, что сегодня глухие и слабослышащие дети не могут читать и переводить на РЖЯ. Большинство из детей читают текст и не понимают значения слов. В школе, к сожалению, нет такого предмета, на котором бы детей обучали, опираясь на текст и на РЖЯ, что способствовало бы пониманию и выстраиванию связи: картинка – слово – жест. Из-за непонимания глухим и слабослышащим не интересно читать, они считают, что читать – это сложно! Приходя на экскурсии, проводимые В.И. Берлизовой, дети получают новые знания и жесты. Значение слов им объясняют, опираясь на экспонаты, надписи и жест. Дети с восторгом узнают новое, задают много вопросов.

Если глухих и слабослышащих детей заинтересовать чтением, помочь им научиться сопоставлять написанное с образом и с жестовым языком, это безусловно обогатит их жестовую и письменную речь, откроет им большие возможности интегрироваться в общечеловеческий социум, быть более самостоятельными и свободными.

Литературно-просветительский проект «Мастерство жестового рассказа» (далее – Проект) реализуется Некоммерческим фондом поддержки книгоиздания, образования и новых информационных технологий «Пушкинская библиотека» совместно с Федеральным государственным бюджетным учреждением культуры «Российская государственная детская библиотека» и АНО «Слышащие дети в семье глухих» с использованием гранта Президента Российской Федерации на развитие гражданского общества, предоставленного Фондом президентских грантов. Главный информационный партнер проекта – Общероссийская общественная организация инвалидов «Всероссийское общество глухих».

Цель Проекта – сформировать у глухих и слабослышащих детей и подростков определенную лингвистическую грамотность и пополнить словарный запас жестовой речи для свободного общения в обществе глухих.

Целевые группы:

- 1) дети 8-12 лет с нарушениями слуха и дети CODA (слышащие дети в семье глухих);
- 2) подростки 13-17 лет с нарушениями слуха и дети CODA (слышащие дети в семье глухих);
- 3) наставники (из числа родителей, педагогов, библиотекарей) глухих и слабослышащих детей, участвующих в проекте.

География Проекта: Москва, Санкт-Петербург, Новосибирск, Казань, Волгоград, Смоленск, Нижний Новгород, Калининград, Краснодар, Астрахань.

Сроки реализации Проекта: 01.07.2022 – 31.12.2023.

Проект состоит из двух этапов и направлен на встраивание детей и подростков с проблемами слуха в активный социум с одной стороны и приближение социума к глухим людям, с другой стороны.

Основная задача первого этапа Проекта – показать детям 8-12 лет и подросткам 13-17 лет, что отсутствие слуха в современной России не является барьером для реализации себя. Первый этап Проекта представляет собой программу занятий для детей и подростков из Москвы и из регионов Российской Федерации по чтению, осмыслению текста и пересказу его на жестовом языке. Обучение проходит с сентября 2022 года по настоящее время по трем направлениям: сказка, художественный рассказ, литературный анекдот.

Программа создается людьми, находящимися внутри социокультурного сообщества глухих, и при проведении занятий учитываются лингвистические особенности восприятия глухих и слабослышащих детей и подростков. Все мероприятия Проекта проходят на РЖЯ и сопровождаются синхронным переводом на русский разговорный язык.

На каждое направление отведено по 3 занятия, на которых дети разбирают, читают и пересказывают на РЖЯ одно или несколько произведений. Сначала, для развития воображения, им предлагают прочитать и пересказать на РЖЯ небольшой текст, а потом сравнить его с иллюстрацией к нему. Далее ведущий разбирает сложные для понимания глухими и слабослышащими детьми слова и выражения из произведения, которое будут читать на уроке, например: «заломать», «зареветь», «посеять», «жать», «дождаться» и др.

И если в русском языке мы говорим: «кошка идет», «медведь идет», «поезд идет», то движение всех персонажей будет обозначаться словом «идет», то на РЖЯ жесты, обозначающие эти действия, будут разными. Жест «кошка идет» будет отличаться от жеста «идет медведь»; разные жесты используются, когда «бабочка летит» и «летит орел». Одним словом, задача рассказчика – передать мимикой и жестами разный характер героев, описать природу, пейзаж. После разбора всех сложных слов, ведущий дает текст сказки, рассказа или анекдота и пересказывает его на РЖЯ. В качестве домашнего задания дети готовят дома пересказ заданного произведения, записывают видео и отправляют преподавателю. В начале следующего урока идет разбор и оценка каждого домашнего задания.

Во время занятий дети знакомятся с лучшими произведениями русской детской литературы и разбирают их вместе с преподавателем на комфортном и понятном для них языке, что способствует желанию читать в дальнейшем. Они пополняют свой словарный запас как русского литературного языка, так жестового литературного языка. Это необходимо еще и в том смысле, что жестовый язык стремительно меняется, многие молодые люди используют сленг, забывая при этом об общепринятых жестах. Поэтому, как утверждают носители РЖЯ, существует опасность потери взаимопонимания между поколениями. Старшее поколение уже плохо понимает подрастающее поколение.

Жестовый язык является одним из уникальных языков человечества и имеет огромное значение в развитии познавательной деятельности глухих детей, поэтому одной из задач проекта является сохранить и донести самобытность и красоту РЖЯ для молодежи. В настоящее время на основании Федерального закона от 30 декабря 2012 N 296 «О внесении изменений в статьи 14 и 19 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» русский жестовый язык имеет статус государственного языка Российской Федерации в сферах устного использования при наличии нарушений слуха и (или) речи [2].

Основная задача второго этапа Проекта – закрепить полученные знания на практике в процессе участия во Всероссийском конкурсе «Лучший рассказчик на РЖЯ» по номинациям «Сказка», «Художественный рассказ», «Литературный анекдот» для двух возрастных групп детей 8-12 лет и подростков 13-17 лет. Конкурс стартует 1 февраля 2023 г. Из лучших видеоматериалов, присланных участниками конкурса, будет создан литературный видеосборник с лучшими сказками, анекдотами и рассказами на РЖЯ. Победители конкурса вместе с сопровождающими будут приглашены в Москву для участия в церемонии награждения и в литературном соревновании «Баттл РЖЯ», в котором команды, состоящие из победителей конкурса, продемонстрируют свое мастерство жестового рассказа.

В Проекте также принимают участие дети и подростки CODA (слышащие дети глухих родителей), для которых РЖЯ является вторым родным языком. Участвуя в Проекте, они повышают свой уровень владения РЖЯ. Во время занятий происходит взаимодействие между глухими, слабослышащими и слышащими ребятами. В дальнейшем CODA смогут выполнять роль связующего звена между миром глухих и миром слышащих людей.

Видеоматериалы, созданные в процессе Проекта (запись вебинаров занятий по программе «Мастерство жестового рассказа», видеосборник с лучшими сказками, рассказами, литературными анекдотами на РЖЯ) выкладываются в сеть Интернет и будут служить методическим материалом прежде всего для детей, которые хотят развивать свой жестовый язык, а также для всех, кто интересуется данной темой и работает с глухими и слабослышащими детьми.

Вся работа, проводимая в рамках Проекта по осмысленному пониманию текста детьми и подростками с нарушением слуха (чтение печатного текста, его перевод на РЖЯ, пересказ этого текста, создание видеоконтента с пересказом литературных произведений на РЖЯ, участие в командных соревнованиях по знанию русской детской литературы и грамотным владением РЖЯ), а также взаимодействие со слышащими детьми CODA, способствует социальной адаптации детей с недостатками слуха, формированию будущих самостоятельных и уверенных людей, так нужных нашему государству.

### Библиографический список

1. Багдасарьян, Т. Сурдопедагогика : восприятие художественной литературы глухими и слабослышащими учащимися / Т. Багдасарьян. – Текст : электронный // Дефектология Про : сайт Московского института коррекционной педагогики. – URL: [https://www.defectologiya.pro/zhurnal/surdopedagogika\\_vospriyatие\\_xudozhestvennoj\\_literaturyi\\_gluximi\\_i\\_slaboslyishashhimi\\_uchas\\_hhimisyu/](https://www.defectologiya.pro/zhurnal/surdopedagogika_vospriyatие_xudozhestvennoj_literaturyi_gluximi_i_slaboslyishashhimi_uchas_hhimisyu/) (дата обращения: 09.11.2022).

2. **Российская Федерация. Законы.** О внесении изменений в статьи 14 и 19 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» : Федеральный закон от 30 декабря 2012 N 296-ФЗ. – URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/36561> (дата обращения: 09.11.2022). – Текст : электронный.

3. Формирование навыков осмысленного понимания текста на уроках чтения в школе для детей с недостатками слуха / Алочка. – Текст : электронный // Pandia : интернет-издание. – URL: <https://pandia.ru/text/80/358/18612.php> (дата обращения: 09.11.2022).

**Информация об авторах:** Н.А. Аракчеева, [arakcheeva@rgdb.ru](mailto:arakcheeva@rgdb.ru)

**Information about the authors:** Natalia Arakcheeva, [arakcheeva@rgdb.ru](mailto:arakcheeva@rgdb.ru)

### Организация обучения математике студентов с нарушением слуха, обучающихся по программам среднего профессионального образования

**Г.Н. Майбурова, М.Н. Ионова**

Ресурсный учебно-методический центр по обучению лиц с инвалидностью и ОВЗ в системе среднего профессионального образования Республики Коми на базе Государственного профессионального образовательного учреждения «Сыктывкарский политехнический техникум», г. Сыктывкар, 167016, Россия

**Аннотация.** Важную роль в современной системе образования занимает профессиональное образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью, которое позволяет полноценно интегрироваться в общество. Для успешной конкуренции на рынке труда и последующей профессиональной деятельности студенты-инвалиды должны обладать прочными фундаментальными знаниями, в том числе по основам наук среднего общего образования. Индивидуальные психофизические особенности таких обучающихся зачастую требуют специальной организации обучения, знания нюансов нозологии и применения на практике специальных методов и приемов. В данной статье рассматривается вопрос организации обучения математике студентов СПО с нарушением слуха на примере ГПОУ «Сыктывкарский политехнический техникум».

**Ключевые слова:** преподавание математики, обучающиеся с нарушением слуха, методы, формы и средства обучения, математическая речь, наглядность, обратная связь, сурдоперевод.

### Organization of teaching mathematics among colleague students with hearing disabilities

**Galina N. Maiburova, Marina N. Ionova**

Resource center of education and methodology for training people with disabilities in the system of secondary education of the Republic of Komi on the basis of State Vocational Educational Institution "Syktvykar Polytechnic College", Syktvykar, 167016, Russia

**Abstract.** Professional education of people with disabilities occupies an important place in the modern education system. Professional education allows them to widely integrate into society. For successful competition in the labor market and further professional activities, students with disabilities should be provided by fundamental knowledge, including the disciplines of secondary school. The individual psychophysical features of these students require the following: specific organization of

education process, knowledge of the wide range of nuances and practical application of specific training methods. Using the case of Syktyvkar Polytechnic College, this article describes and analyses how mathematics education is organized among students with hearing disabilities.

**Key words:** teaching mathematics, students with hearing disabilities, methods, forms and instruments of teaching, mathematical language style, visualization, feedback, sign language translation.

Перед современным образовательным пространством стоят задачи обеспечения качества образования и воспитания, усовершенствования методов обучения, повышения научного уровня преподавания каждого предмета, прочного овладения основами наук, а также формирования потребности в самообразовании, творческом подходе к овладению новыми знаниями у обучающихся. Сказанное в полной мере относится и к специальной школе.

Основным направлением социальной защиты инвалидов, согласно современным подходам, должна стать комплексная реабилитация, одним из приоритетных направлений которой признается получение ими качественного профессионального образования. Для успешной конкуренции на рынке труда и последующей профессиональной деятельности студенты-инвалиды должны обладать прочными фундаментальными знаниями.

Следует отметить тот факт, что в Российской Федерации сохраняется тенденция существенного увеличения числа больных с потерей слуха и нарушением слуха в той или иной форме страдают многие люди. По данным комплексных обследований, в настоящее время приблизительно у 6 % жителей страны определяются различные нарушения слуховой функции, при этом 1-2 % больных имеют социально неадекватный слух (восприятие разговорной речи на расстоянии менее 3 м), что затрудняет их общение с окружающими [4].

Совершенствование системы профессионального обучения лиц с недостатками слуха предполагает повышение и качества их математического образования как необходимой основы для многих профессий и важного компонента общей культуры члена современного общества. Глухие и слабослышащие студенты – особый контингент обучающихся, при их обучении часто возникают специфические трудности, с которыми обычно не сталкиваются преподаватели традиционных учебных заведений.

Как показывают исследования в области обучения математике учащихся с нарушениями слуха, у лиц данной категории возникают значительные трудности при усвоении математических понятий. Это обусловлено, в первую очередь, ограниченным словарным запасом и недостаточным развитием понятийного мышления учащихся. Поэтому при выборе методов обучения на основе современных подходов следует учитывать особенности усвоения глухими и слабослышащими учащимися математических категорий.

Следует отметить, что исследования, связанные с обучением математике учащихся с нарушениями слуха, касаются в основном детей младшего и среднего звеньев специальной школы. Особенности обучения глухих и слабослышащих студентов рассматриваются лишь в отдельных статьях, авторы которых описывают в основном практический опыт учителей. Уровень математической подготовки студентов с нарушением слуха отличается от математической подготовки других обучающихся в техникуме, а методика преподавания математики для этой группы обучающихся разработана недостаточно.

Противоречие между необходимостью преподавания математики студентам техникума, имеющим ограничения по слуху, и недостаточной разработанностью методик преподавания математики для такой категории обучающихся, определило актуальность исследования данной темы. Таким образом, цель исследования – совершенствование организации обучения математике студентов с нарушением слуха, обучающихся по программам среднего профессионального образования.

Неотъемлемой частью поиска путей совершенствования образования глухих и слабослышащих студентов является разностороннее и глубокое изучение познавательной деятельности и самой личности неслышащих. Для обеспечения общего развития глухих и слабослышащих немаловажным является математическое образование. В свою очередь,

восприятие математического материала данной категорией учащихся сопряжено с определенными сложностями.

При нарушениях слухового анализатора, в первую очередь, и в наибольшей степени страдает речь, происходит общее недоразвитие познавательной деятельности. Сурдопедагогика и сурдопсихология исходят из положения о внутреннем единстве речи и мышления. В работах Р.М. Боскис, А.П. Гозовой, Т.В. Розановой, Ж.И. Шиф раскрываются взаимосвязи между мышлением и речью детей с недостатками слуха [1;3;8;10].

Анализ речи детей с нарушениями слуха позволяет сделать заключение об общих особенностях их речевого мышления. Как отмечает Л.С. Выготский, именно в значении слова завязан узел того единства, которое мы называем речевым мышлением [2]. Значение слова есть сообщение, есть не что иное, как акт мысли.

В результате изучения познавательных процессов у глухих Ж.И. Шиф указывает на прямую связь усвоения языка и мышления, по его мнению, изучение наглядно-образного мышления показало, что из-за недоразвития речи образы припоминаемых объектов у глухих менее динамичны, чем у слышащих [10]. Образы актуализируются гораздо медленнее, представления о воспринимаемых объектах менее четкие, чем у слышащих.

К числу проблем, характерных для лиц с нарушением слуха, можно отнести:

- замедленное и ограниченное восприятие;
- недостатки речевого развития;
- недостатки развития мыслительной деятельности;
- пробелы в знаниях;
- недостатки в развитии личности (неуверенность в себе и неоправданная зависимость от окружающих, низкая коммуникабельность, эгоизм, пессимизм, заниженная или завышенная самооценка, неумение управлять собственным поведением).

Проблема повышения уровня образования диктует необходимость поиска путей новых методов активного обучения. Этой проблемой занимались многие исследователи (Е.А. Жеребятьева, А.П. Гозова, Т.К. Стуре и др.). Для решения проблемы повышения уровня математической подготовки учащихся с нарушением слуха определены следующие направления:

- усиление коммуникативной направленности обучения на основе использования словесной речи в условиях мотивированного поведения;
- разработка единого языкового материала – базисной лексики, общей для всех предметов с выделением специфической лексики для каждого предмета;
- максимальное развитие слухового восприятия;
- повышение учебной и речевой активности учащихся на протяжении всего занятия, более углубленное выявление в процессе обучения уровня знаний и речевых навыков, обеспечение обратной связи о правильности понимания текста задания и контроль результатов той или иной деятельности; более полная реализация дифференцированного подхода в обучении;
- усиление связи учебной и внеклассной работы в области обогащения речи с развитием познавательной деятельности и формирования личности учащегося в целом.

Исследования, проведенные А.П. Гозовой, показывают, что глухие учащиеся достаточно успешно решают задачи с исходными данными, обладающими высокой степенью наглядности, в тех же случаях, когда задание требовало проведения логических операций, результативность работы заметно снижается [3]. Например, различия между глухими и слышащими выступают весьма отчетливо при расшифровке чертежей по мере их усложнения. Особенности глухих в значительной мере обуславливаются недостаточной сформированностью опорных пространственных образов, умения сопоставлять информационные признаки отдельных планов чертежей, недостаточным овладением геометрическими понятиями.

Необходимым условием оптимизации учебного процесса является повышение общего уровня развития студентов в процессе изучения основ наук, что, в свою очередь, зависит от содержания и структуры учебного материала, подлежащего усвоению.



Большое значение для совершенствования процесса обучения студентов с нарушением слуха имеет рациональное сочетание наглядных и словесных средств. Сочетание слова и наглядности в обучении лиц с нарушением слуха – проблема, имеющая давние истоки и традиции в своей постановке и путях решения. Т.К. Стуре пишет, что для значительной части взрослых глухих учащихся более эффективен путь обучения, идущий от слова к наглядности, чем наоборот [9]. Информативная ценность текстов для глухих старшеклассников обеспечивается укрепляющейся с годами обучения взаимосвязанностью в их мышлении понятия и образа, благодаря чему они могут более успешно, чем младшие школьники соотносить вербальный и графический материал.

Так, для активизации мыслительной деятельности студентов с нарушением слуха и улучшения восприятия ими изучаемого материала наиболее эффективным, по нашему мнению, является сочетание наглядности и всех видов речи (устной, письменной, тактильной, жестовой).

Вместе с тем, было выявлено, что обучающиеся испытывали трудности при установлении взаимной принадлежности словесной и наглядной информации. При последовательном выделении опознавательных признаков, содержащихся в текстах и рисунках, и в особенности при выполнении практических действий понимание учебного материала студентами значительно улучшалось.

На основе вышеизложенного, можно сказать, что к особенностям обучения математике студентов с нарушением слуха следует отнести:

- построение учебного процесса через формирование индивидуальной образовательной траектории обучающегося;
- содержание обучения должно формироваться на основе применения дидактических материалов, позволяющих учесть уровень подготовки каждого студента, и быть направлено на развитие активной математической речи и математического мышления студентов;
- организация учебной деятельности студентов с нарушением слуха на занятиях по математике должна строиться на основе сочетания индивидуальных и групповых форм, что способствует развитию коммуникативных компетенций обучающихся;
- методы и методические приемы работы преподавателя математики при работе на разных этапах урока должны учитывать упорядоченное сочетание средств наглядности на основе информационных технологий и различных форм речи (устной, письменной, жестовой);
- формирование навыков учебной деятельности студентов должно учитывать индивидуализированный подход и строиться на основе применения разноуровневых математических задач.

В Государственном профессиональном образовательном учреждении «Сыктывкарский политехнический техникум» (далее – техникум, ГПОУ «Сыктывкарский политехнический техникум») обучение осуществляется по учебным планам, составленным в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами (далее – ФГОС) [6]. Учебные планы техникума первых трёх лет обучения помимо профилирующих и специальных дисциплин включают программу средней (полной) общей школы, в том числе общеобразовательную учебную дисциплину «Математика». Курс математики предназначен для студентов техникума, для которых математика рассматривается как элемент общего образования. Этот курс представлен одним предметом – «Математика», в котором чередуются сведения из алгебры и начал анализа с геометрическим материалом.

На протяжении многих лет по профессиям «Наладчик программного и аппаратного обеспечения», «Мастер по обработке цифровой информации», «Портной» студенты с нарушением слуха обучаются математике по адаптированным общеобразовательным программам, которые разработаны в соответствии с ФГОС с учетом требований методических рекомендаций по разработке и реализации адаптированных образовательных программ среднего профессионального образования [5].

Обучение математике студентов с нарушением слуха проводится на I – II курсах техникума. Практика показывает, что у 38 % первокурсников недостаточно развиты навыки самостоятельной работы, 29 % не умеют планировать предстоящую работу и осуществлять ее контроль, а 33 % не владеют приемами логического мышления, такими как сравнение, классификация, обобщение, анализ и т.п. Из числа студентов, имеющих нарушения слуха, 70 % испытывают затруднения при конспектировании учебного материала на лекциях и во время самостоятельной работы, 30 % слабо владеют умениями и навыками работы с учебной и научной литературой.

В связи с психофизическими особенностями данной категории студентов, наполняемость групп колеблется от 6 до 12 человек [7]. В этих группах обучаются студенты слабослышащие с разной степенью тугоухости, глухие и кохлеарно имплантированные. Несмотря на то, что наполняемость групп небольшая, процесс обучения вызывает затруднения у преподавателей и студентов, особенно в первый год обучения. Причина затруднений заключается в исходных уровнях интеллектуального потенциала обучаемых.

Спецификой обучения в учреждениях среднего профессионального образования является лекционно-практическая система. На каждом занятии сочетаются лекция (изложение небольшой по объему части теоретического материала) и практическая работа (решение заданий по изложенному материалу). Таких связок в течение одного занятия может быть несколько, что облегчает восприятие и способствует лучшему усвоению материала.

На учебных занятиях по математике применяется сочетание индивидуальных и групповых форм организации обучающихся. В связи с тем, что студенты обладают различными интеллектуальными способностями, это приводит к неодинаковым результатам в процессе обучения. У инвалидов по слуху эти различия усугубляется неразвитостью речи, недостаточным опытом работы с литературой, замедленным процессом восприятия информации.

Для студентов низкого начального уровня знаний по математике в соответствии со стандартом основного общего образования проводятся индивидуальные консультации.

Формирование индивидуальной траектории обучения конкретного студента начинается с характеристики особенностей обучающихся по результатам входного тестирования. В зависимости от выявленных особенностей каждого студента вместе с ним планируется программа дальнейшей работы, ее объем, конкретное содержание, периодичность. В процессе обучения, по результатам контроля усвоения материала, эта программа корректируется.

Задания входного тестирования были разработаны по основным разделам математики среднего звена общеобразовательной школы на основании следующих положений:

1) уровень сложности заданий должен соответствовать программе курса математики средней ступени общеобразовательной школы;

2) содержание заданий предполагает проверку следующих умений:

- выполнять арифметические действия, действия со степенями;
- решать линейные, квадратные, дробно-рациональные уравнения и неравенства;
- применять свойства корней квадратного уравнения к решению задач;
- находить область определения функции;
- строить графики функций по формуле, с помощью элементарных преобразований, использовать свойства функций;
- решать геометрические задачи;
- решать текстовые задачи на составление уравнений.

Для оценки разработанного теста была избрана балльная система. Задания теста имеют открытый характер, то есть ответы к ним не приводятся. Каждое верно выполненное задание оценивалось в три балла; в два балла оценивалось задание, выполненное с недочетами, и в один балл, если верно выбран только метод решения. Суммарная оценка теста составляла тридцать баллов. В тестировании принимало участие 12 человек.

На основании анализа работ студентов нами были выделены основные темы, которые вызвали наибольшие затруднения (Таблица 1).

Таблица 1 – Темы школьного курса, в которых были допущены ошибки по результатам входного тестирования

№	Темы школьного курса, в которых были допущены ошибки	Процент обучающихся, допустивших ошибки
1.	Метод интервалов	89
2.	Решение дробно рациональных неравенств	85
3.	Построение графиков функций с помощью элементарных преобразований	79
4.	Изменение знака неравенства при умножении на отрицательное число	87
5.	Действия со степенями, корнями	80
6.	Перевод обыкновенной дроби в десятичную и наоборот	78
7.	Деление обыкновенных дробей	74
8.	Формулы сокращенного умножения	73
9.	Свойства геометрических фигур	72
10.	Решение систем неравенств	67
11.	Сложение, умножение обыкновенных дробей	60
12.	Составление уравнения при решении текстовой задачи	52
13.	Порядок действий	35
14.	Свойства функций (возрастание, убывание)	34
15.	Сложение и умножение целых чисел (с разными знаками)	30
16.	Область определения дробно-рациональной функции	26
17.	Решение квадратных уравнений	14

Следует отметить, что при выполнении теста 57 % студентов с нарушением слуха неправильно поняли условие задания, 17 % от общего числа тестируемых студентов допустили ошибки в вычислениях, 42 % не смогли решить задания, включающие несколько шагов.

Анализ допущенных при тестировании ошибок привел к следующим выводам:

1) невыполнение заданий, требующих перевода информации на математический язык и обратно, с одного математического языка на другой, может быть связано с недостаточным развитием словесно-логического (языкового) мышления;

2) задания, выполнение которых опирается на образное мышление, редко вызвали затруднения;

3) те задания, в которых необходимо использовать логическое мышление, вызвали наибольшее затруднение;

4) в заданиях, для решения которых требуется выполнение только определенного алгоритма, допущено меньшее количество ошибок, исключение составляют те алгоритмы, которым учащиеся не были обучены, в частности:

– наибольшие затруднения вызвали решение дробно-рациональных неравенств и, в частности, применение метода интервалов. Затруднения в решении дробно-рациональных неравенств, на наш взгляд, объясняются непониманием теорем о равносильных неравенствах, что приводит к отбрасыванию знаменателя; формальное применение метода интервалов приводит к ошибкам при решении неравенств, систем неравенств;

– при решении задач на построение графиков функций большая часть студентов выполняет построение графиков функций без использования элементарных преобразований, то есть «по точкам» (это объясняется тем, что не сформированы навыки построения графиков функций на основе анализа формулы и выделения элементарных преобразований);

– достаточно большой процент студентов испытывает затруднения в вычислениях с использованием действительных чисел.

Данные выводы легли в основу организации обучения по математике студентов с нарушением слуха. Для повышения общего уровня математической подготовки студентов с нарушением слуха необходимо:

1) определить методы, формы, средства обучения, которые на основе индивидуализированного подхода позволят обеспечить:

- достаточный уровень наглядности (привлечение информационных технологий);
- развитие математической речи и логического мышления;

2) выделить дополнительные часы на темы, вызвавшие наибольшие затруднения студентов на входном тестировании. С этой целью:

- организовать дополнительные занятия как необходимое условие повышения уровня основных элементарных знаний по математике студентов с учетом результатов входного тестирования;
- в программу занятий включить основные темы, вызвавшие затруднения на входном тестировании;

3) для обеспечения достаточного уровня наглядности, активизации познавательной деятельности и оперативного получения информации об уровне усвоения знаний разработать и внедрить в учебный процесс систему компьютерных презентаций по основным темам программы математики;

4) для осуществления связи теории с практикой включать наряду с практическими заданиями теоретические вопросы, которые позволят формировать ориентировочную основу выполнения действий, а также способствовать формированию математической речи;

5) разработать и внедрить в учебный процесс пособия, методические разработки для внеаудиторной самостоятельной работы.

Возможно применение специальных методических приемов для повышения познавательной активности студентов в ходе занятия:

- рациональное применение различных средств коммуникации для студентов с нарушениями слуха (сурдоперевод, письменная форма речи и пр.);
- постановка риторических или требующих реального ответа вопросов, включение элементов беседы;
- предложение сформулировать те или иные положения или определить понятие;
- использование опорных конспектов, средств наглядности и раздаточного материала;
- «обратная связь», которая выступает средством получения информации о ходе усвоения материала и активности студентов.

Проиллюстрируем на примере, как формируется индивидуальная траектория обучения конкретного студента. Для этого охарактеризуем особенности студента, которые учитываются при формировании его индивидуальной траектории.

Никита С. (Ds: глухота. В состоянии после кохлеарной имплантации справа. Слева слухопротезирован индивидуальным слуховым аппаратом. Речевой материал воспринимает 100 % на комфортном для КИ расстоянии 1,2-2,5 метров. Не различает на слух некоторые звуки. Поэтому в незнакомых словах и терминах требует слухо-зрительную опору). По результатам входного тестирования Никита С. показал достаточно хороший уровень начальной подготовки, поэтому корректирующие занятия не посещал. Легко усваивает алгебраические задачи базового уровня, способен выполнять задания повышенной сложности. Изучение алгебры и начал анализа проходит в индивидуальном темпе с опережением, он осваивает темы, являющиеся дополнительными. На занятиях по стереометрии Никита С. работает со всей группой, решая задачи в основном базового уровня. При этом значительное время он уделяет решению стереометрических задач по готовым чертежам.

Таким образом, построение процесса обучения математике студентов с нарушением слуха на основе широкого применения средств наглядности, развития математической речи, активизации учебной деятельности посредством корректирования начального уровня знаний каждого студента, осуществления своевременного контроля, систематической индивидуальной работы по выявлению и устранению пробелов в знаниях студентов позволяет устранить

некоторые проблемы, возникающие у данной категории студентов при обучении математике, и повысить уровень их математической подготовки.

### Библиографический список

1. Боскис, Р.М. Глухие и слабослышащие дети / Р.М. Боскис. – М. : Советский спорт, 2004. – 303 с. – Текст : непосредственный.
2. Выготский, Л.С. Мышление и речь / Л.С. Выготский. – М. : Изд-во «Лабиринт», 1999. – 352 с. – Текст : непосредственный.
3. Гозова, А.П. Особенности решения логических задач глухими учащимися / А.П. Гозова, Т.К. Стуре. – Текст : непосредственный // Дефектология. – 1981. – № 3. – С. 36-38.
4. Лотова, И.П. Профессиональное образование студентов с недостатками слухового развития / И.П. Лотова. – Текст : электронный // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2016. – № 19(3). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/professionalnoe-obrazovanie-studentov-s-nedostatkami-sluhovogo-razvitiya>. (дата обращения 10.11.22).
5. О направлении Методических рекомендаций (вместе с «Методические рекомендации по разработке и реализации адаптированных образовательных программ среднего профессионального образования) : Письмо Минобрнауки России от 22 апреля 2015 N 06-443. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/403597766/> (дата обращения: 10.11.2022). – Текст : электронный.
6. Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта среднего общего образования : Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 мая 2012 N 413. – URL: <https://base.garant.ru/70188902/> (дата обращения: 10.11.2022). – Текст : электронный.
7. Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья : Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 декабря 2014 N 1598. – URL: <https://base.garant.ru/70862366/> (дата обращения: 10.11.2022). – Текст : электронный.
8. Розанова, Т.В. Психология решения задач глухими школьниками / Т.В. Розанова. – М. : Изд-во «Просвещение», 1966. – 94 с. – Текст : непосредственный.
9. Стуре, Т.К. Роль слова, наглядности и практического действия в техническом мышлении глухих / Т.К. Стуре. – Текст : непосредственный // Дефектология. – 1993. – № 6. – С. 51-56.
10. Шиф, Ж.И. Усвоение языка и развитие мышления у глухих детей / Ж.И. Шиф. – М. : Просвещение, 1968. – 318 с. – Текст : непосредственный.

**Информация об авторах:** Г.Н. Майбурова, [gmaiburova@rambler.ru](mailto:gmaiburova@rambler.ru), М.Н. Ионова, [marina.militsyna@yandex.ru](mailto:marina.militsyna@yandex.ru)

**Information about the authors:** Galina N. Maiburova, [gmaiburova@rambler.ru](mailto:gmaiburova@rambler.ru), Marina N. Ionova, [marina.militsyna@yandex.ru](mailto:marina.militsyna@yandex.ru)

### Проблема эффективной маршрутизации инвалидов вследствие военной травмы – участников боевых действий

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

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Москва, 127486, Россия

**Аннотация.** В статье охарактеризована клинико-функциональная и социально-демографическая специфика контингента инвалидов вследствие военной травмы, обоснована необходимость выделения данной категории инвалидов в отдельную целевую реабилитационную группу для более эффективной реализации реабилитационного процесса. Изложены основные методологические подходы к формированию индивидуальной программы реабилитации и абилитации (ИПРА) инвалидов вследствие военной травмы. Отмечена

важность эффективной маршрутизации данной категории инвалидов для реализации комплексной реабилитации в сочетании медицинских мероприятий с мероприятиями социальной и профессиональной реабилитации после прохождения участниками боевых действий, ставших инвалидами лечения в военных госпиталях. С учетом клинико-функциональной и социально-демографической специфики инвалидов – участников боевых действий, приведены основные принципы и методологические подходы систематизирующие реабилитационный процесс в соответствии с которыми в реабилитационных организациях следует осуществлять реабилитацию инвалидов, вследствие военной травмы на комплексной основе, в целях их более эффективной ресоциализации.

**Ключевые слова:** маршрутизация инвалидов вследствие военной травмы, ИПРА инвалида вследствие военной травмы.

### **The problem of effective routing of disabled people due to military trauma – participants in hostilities**

**Oksana G. Strukova, Elena V. Morozova, Eugenia V. Zhukova, Anna N. Baryshova**  
The Federal State Budgetary Institution «Federal Bureau of Medical and Social Expertise»  
of the Ministry of labour and social protection of the Russian Federation,  
Moscow, 127486, Russia

**Abstract.** The article describes the clinical, functional and socio-demographic specifics of the contingent of disabled people due to military trauma, justifies the need to allocate this category of disabled people to a separate target rehabilitation group for more effective implementation of the rehabilitation process. The main methodological approaches to the formation of an individual rehabilitation and habilitation program (IPRA) for disabled people due to military trauma are described. The importance of effective routing of this category of disabled people for the implementation of comprehensive rehabilitation in combination of medical measures with social and professional rehabilitation measures after the passage of treatment in military hospitals by participants of hostilities who became disabled was noted. Taking into account the clinical, functional and socio-demographic specifics of disabled combat participants, the basic principles and methodological approaches systematizing the rehabilitation process are given, according to which it is possible to organize rehabilitation of disabled people in rehabilitation organizations due to military trauma on a comprehensive basis, in order to more effectively resocialize them.

**Key words:** routing of disabled people due to military injury, and the IPRA of a disabled person due to military injury.

Контингент инвалидов вследствие военной травмы характеризуется наличием множественных сочетанных стойких функциональных нарушений, обусловленных военной политравмой и преимущественно представлен лицами молодого возраста, что обуславливает необходимость категоризации данной группы инвалидов как особой целевой реабилитационной группы в связи с особенностями их комплексной реабилитации.

Механизмом реализации реабилитационных мероприятий в соответствии с действующим законодательством является индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида (далее – ИПРА инвалида) [8], которая должна обеспечить на межведомственной основе реализацию комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на функциональное восстановление организма и компенсацию ограничений жизнедеятельности с учетом клинико-функциональной и демографической специфики данного контингента.

При разработке ИПРА инвалида вследствие военной травмы следует отметить следующие особенности. Помимо традиционных реабилитационных задач, обеспечивающих функциональное восстановление организма, реализуемых в рамках медицинской реабилитации, реконструктивной хирургии, протезирования, ортезирования и санаторно-курортного

лечения инвалидов вследствие военной травмы остро стоит задача их ресоциализации в социум в новом «гражданском качестве».

Ресоциализация как «процесс и результат достижения нового социального статуса и освоение новых социальных ролей, норм в условиях гражданской среды» [5] непосредственно отвечает задачам реабилитации данной категории инвалидов, так как многие из них в силу полученной военной травмы теряют военную специальность, а некоторые увольняются с военной службы, утрачивая свой профессиональный статус.

Реабилитация инвалида вследствие военной травмы помимо функционального восстановления подразумевает восстановление различных социальных статусов, которые у данной категории инвалидов нарушены в силу множественных стойких функциональных нарушений (включая возможные ограничения мобильности, самообслуживания, ориентации в пространстве, межличностного общения и др.). В связи с утратой профессионального статуса по ранее имеющейся военной специальности у инвалида, как правило, возникает необходимость освоения новой профессиональной идентичности (необходимость подбора гражданской профессии и переобучения по новой специальности, приспособление к незнакомой производственной среде и др.). И, наконец, перед человеком в целом стоит непростая задача адаптироваться и освоить нормы социального функционирования в условиях непривычной для военнослужащего «мирной» жизни в гражданском качестве.

Все эти факторы на фоне имеющихся сочетанных функциональных нарушений в рамках военной политравмы обуславливают специфику социальной адаптации данной категории инвалидов, что необходимо учитывать при разработке реабилитационного маршрута и реализации ИПРА инвалидов – участников боевых действий для обеспечения их ресоциализации в общество.

**В этой связи важнейшей задачей является дальнейшая эффективная маршрутизация инвалида вследствие военной травмы после прохождения лечения в военных госпиталях в целях получения комплексной реабилитации.**

В структуре комплексной реабилитации наряду с медицинской реабилитацией особое значение приобретают мероприятия социальной и профессиональной реабилитации, по сути определяющие *основные механизмы эффективной ресоциализации инвалидов – участников боевых действий в общество.*

Наряду с законодательно определенными направлениями комплексной реабилитации, включая мероприятия по медицинской реабилитации и абилитации, мероприятия по общему и профессиональному образованию, мероприятия по профессиональной реабилитации, физкультурно-оздоровительным и спортивным мероприятиям важнейшая роль отводится социальной реабилитации, также в свою очередь составляющей *обширный комплекс реабилитационных направлений* (социально-средовая, социально-бытовая, социально-педагогическая, социально-психологическая, социокультурная реабилитация) [14].

Клинико-функциональные нарушения у инвалидов вследствие военной травмы в связи с их множественным сочетанным характером обуславливают нуждаемость во всем комплексе вышеуказанных реабилитационных направлений для компенсации ограничений жизнедеятельности в различных сферах: передвижении, самообслуживании, труде, обучении, общении, средовой ориентации и др. для целей адаптации и интеграции инвалида в социум [2].

Особо необходимо отметить, что инвалиды, уволенные со службы из-за полученной военной травмы, помимо потребности в восстановлении навыков социально-бытового, социально-средового, социокультурного функционирования, а также в целях решения вопросов переобучения и трудоустройства, обеспечивающих социальную интеграцию человека, **особенно нуждаются в социально-психологическом восстановлении!**

Данная потребность возникает не только в связи с инвалидностью, установленной по причине полученной военной травмы, но и опытом пребывания человека в боевых условиях, носящих травматичный характер для психики каждого человека. Эти обстоятельства формируют основу для рисков социально-психологической дезадаптации в связи с негативными

изменениями эмоционально-личностной сферы, как правило протекающими на фоне стойких функциональных нарушений, включая различные нарушения психики.

В связи с изложенным, особую роль в структуре реабилитационного процесса инвалидов вследствие военной травмы играют *мероприятия социально-психологической реабилитации*, что обусловлено высоким дезадаптивным риском для данного контингента инвалидов.

Теоретический анализ имеющихся исследований участников локальных военных конфликтов и практический опыт ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России в реабилитации военнослужащих позволяют констатировать тот факт, что помимо различных нарушений психической деятельности, обуславливающих астенизацию, органический мнестико-интеллектуальный дефект, нарушение речевых функций вследствие полученных травм (минно-взрывных, баротравм и др.), у данного контингента нередко возникают стойкие нарушения эмоционально-личностной сферы, что является следствием пребывания человека в экстремальных условиях войны [13].

Любой человек, оказавшийся в боевых условиях, в силу их экстремальности, неизбежно личностно трансформируется. Данные трансформации сопровождаются психологической переработкой полученного жизненного опыта, связанного с выживанием в жестких рамках боевой обстановки (необходимость убивать, постоянная угроза жизни, смерть боевых товарищей, утрата здоровья, получение увечья и пожизненной инвалидности и др.). По данным исследований военнослужащих, получивших военную травму и инвалидность, более чем у 60 % лиц выявлялось посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), в свою очередь существенно осложняющее адаптацию человека из-за нарастания дезадаптивного характера социального поведения личности. Вследствие переживания боевого стресса больные становятся тревожными, раздражительными (нередко формируется эксплозивность характера), что также может сопровождаться нарушениями сна и трудностями контроля за своим поведением. Данные симптомы обуславливают нарушение межличностных отношений не только в семье, но и в социуме, в связи с тем, что нередко у человека формируются различного свойства аддикции (алкоголизация, наркомания, жестокое обращение с окружающими и др.) на фоне нежелания реинтегрироваться в социум, переобучаться и трудоустраиваться по гражданской специальности и др.) [7;12;16-18;21].

В связи с наличием в анамнезе военнослужащего травматических событий (стрессовых переживаний об утрате здоровья, гибели боевых товарищей и др.), личность нуждается в этапной психологической переработке полученного экстремального опыта, что не всегда возможно без психологического (а иногда и психотерапевтического) вмешательства. При условии эффективного психологического сопровождения инвалида вследствие военной травмы и своевременно проведенных психореабилитационных мероприятий у человека должен сформироваться психологический ресурс для адаптации в социуме и обретения нового жизненного смысла к дальнейшему существованию в новом качестве [3;19;20].

Касательно инвалидов вследствие военной травмы, вероятность их успешной социально-психологической адаптации зависит не только от когнитивно-интеллектуальной сохранности психической деятельности, но и определенных качественных особенностей и характеристик личности [1;4;6]. Специфика этих характеристик у человека, пережившего опыт получения военной травмы, формируется из-за принципиальных социотипических отличий функционирования психики в военных условиях и в условиях обыденной гражданской жизни.

Учет данных психологических особенностей крайне важен в разрезе рассмотрения реабилитационного прогноза, так как они являются своего рода интрапсихическими ресурсами для достижения адаптации личности не только в узко психологическом смысле, но и в широком контексте социальной адаптации в целом. Активация данных ресурсов посредством целенаправленного психологического воздействия (комплекса психологических реабилитационных мероприятий) позволит человеку переосмыслить сложившиеся в боевых условиях социальные установки и перестроить их с учетом задач «мирной» жизни, переработать бремя стрессовых переживаний о войне, адаптироваться в семье и, в более



широком контексте межличностных социальных отношений, сориентироваться в нормах гражданского общества и сформировать новые, актуальные на данный момент социальные перспективы (включая перспективы в сфере профессионализации).

Вышеизложенное обосновывает необходимость внесения в ИПРА инвалида вследствие военной травмы отметки о нуждаемости в мероприятиях социально-психологической реабилитации **в 100 % случаев**.

Данный подход является важной мерой превенции дезадаптивных рисков, обусловленных психологическими факторами, и позволит обеспечить реализацию реабилитационных мероприятий по направлению социальной и профессиональной реабилитации в рамках ИПРА инвалида в соответствии с принципами раннего начала, преемственности и непрерывности реабилитационного процесса (с учетом оказания психологической помощи военнослужащим с момента получения военной травмы в медицинских организациях, подведомственных Минобороны России (госпиталях), а также в рамках стационарных курсов в организациях Минздрава России, включая санаторно-курортное лечение).

В целом, комплекс мероприятий социальной реабилитации должен быть направлен на восстановление функционирования инвалида в быту, социальной среде, а также восстановления психического функционирования, включая формирование реабилитационной приверженности инвалида, с позиций активности и участия личности в реализации реабилитационного процесса. Данный подход призван обеспечить повышение уровня социальной интеграции и ресоциализации человека с инвалидностью вследствие военной травмы, так как успешность реабилитационного исхода непосредственно зависит от личностной активности инвалида в социальном восстановлении.

Исходя из изложенной специфики, в целях обеспечения качества и эффективности комплексной реабилитации инвалидов вследствие военной травмы далее рассмотрим методологические подходы к систематизации реабилитации инвалидов – участников боевых действий с учетом реабилитационных мероприятий социальной направленности, так как реабилитация данного контингента не может быть ограничена медицинской помощью, оказываемой им в военных госпиталях и организациях здравоохранения. После прохождения положенного объема медицинской помощи инвалид может столкнуться с низкой доступностью реабилитационных услуг по месту жительства. К сожалению, на данном этапе реабилитация военнослужащих в организациях социального обслуживания реализуется «стихийно» в соответствии с индивидуальным представлением руководства о реабилитационных потребностях данной категории инвалидов. Также в регионах существует дефицит кадров, способных качественно на высоком профессиональном уровне оказывать социальную и, в частности, психологическую помощь инвалидам-военнослужащим и их родственникам. С учетом данного обстоятельства необходимо предусмотреть единые подходы к оказанию услуг по социальной и профессиональной реабилитации, обеспечивающих комплексный реабилитационный подход «на местах», независимо от уровня и ведомственной принадлежности оказывающих их организаций.

Учитывая опыт применения стандартов предоставления реабилитационных и абилитационных услуг на комплексной основе детям-инвалидам [9-11], которые были разработаны в рамках развития комплексной системы реабилитации в регионах, считаем целесообразным в целях эффективной маршрутизации инвалидов-военнослужащих, также разработать стандарт предоставления услуг по комплексной реабилитации, который может применяться в реабилитационных организациях различной ведомственной принадлежности.

Данный подход позволит обеспечить контроль и качество предоставления эффективных реабилитационных услуг на комплексной основе после первичного получения военнослужащими медицинской помощи в военных госпиталях и медицинских организациях.

В целом, вопросы оказания медицинской помощи и медицинской реабилитации регулируются положениями Федерального закона от 21 ноября 2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В соответствии с положениями приказа

Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 N 788н «Об утверждении порядка медицинской реабилитации взрослых» медицинская реабилитация осуществляется в 3 этапа. Ранняя медицинская реабилитация военнослужащих, получивших военную травму (первый и второй этапы), осуществляется в ведомственных медицинских организациях Министерства обороны Российской Федерации. Вместе с тем, необходимо отладить механизмы преемственности оказания реабилитации данной категории инвалидов с учетом высокой потребности в мероприятиях социальной и профессиональной реабилитации. В связи с этим применение стандарта целесообразно по окончании второго этапа медицинской реабилитации или одновременно с его продолжением в условиях реабилитационных организаций различной ведомственной принадлежности, а также в процессе обеспечения инвалида необходимыми техническими средствами реабилитации.

В рамках научно-методической деятельности ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России разрабатывает проект стандарта для оказания услуг по комплексной реабилитации инвалидов вследствие военной травмы (далее – Стандарт), который будет определять основные требования к содержанию и объему реабилитационных мероприятий, а также требования к кадровому обеспечению, оснащению оборудованием и методическими материалами реабилитационных организаций, что позволит в дальнейшем обеспечить реабилитацию на комплексной междисциплинарной основе и при этом контролировать качество и эффективность предоставляемых реабилитационных услуг.

Положения разрабатываемого Стандарта соотнесены по своему содержанию со следующими национальными стандартами Российской Федерации: ГОСТ Р 56101-2021. Национальный стандарт Российской Федерации. Реабилитация инвалидов. Социально-бытовая адаптация инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы; ГОСТ Р 55637-2021. Национальный стандарт Российской Федерации. Реабилитация инвалидов. Услуги по трудовой адаптации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы; ГОСТ Р 52876-2021. Национальный стандарт Российской Федерации. Услуги организаций реабилитации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы. Основные положения.

Стандарт отвечает основным методологическим принципам реабилитации инвалидов, к которым относятся: раннее начало, доступность, последовательность, преемственность, непрерывность оказания реабилитационных услуг; научно обоснованные реабилитационные подходы с доказанной эффективностью проводимых мероприятий и контролем итоговых результатов; междисциплинарность и комплексность реабилитационного и абилитационного воздействия; индивидуальный (персонифицированный) подход.

В Стандарте будут учтены *медико-социальные особенности инвалидов вследствие военной травмы*, а именно: преимущественно молодой возраст инвалидов; преимущественно стойкие выраженные нарушения функций (например: языковых и речевых функций, сенсорных функций (зрения, слуха), часто в сочетании с нарушениями нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций центрального генеза и др.); преимущественно ограничение способности к общению, контролю за своим поведением, трудовой деятельности, (с учетом часто встречающихся ограничений способности к самостоятельному передвижению; а также отсутствием или утратой гражданской профессии), что является значимым для качественного оказания услуги по комплексной реабилитации инвалидов данной категории.

Для целей Стандарта под услугой понимается оптимальный набор мероприятий, направленных на восстановление (компенсацию) у инвалида вследствие военной травмы способностей к бытовой, общественной и профессиональной деятельности, формирование реабилитационной приверженности, мотивации к ведению здорового образа жизни, труду в рамках реализации основных направлений реабилитации – социально-психологической, социально-бытовой, социально-средовой, социокультурной реабилитации, профессиональной ориентации, адаптивной физической культуры и адаптивного спорта.

При необходимости услуга предоставляется одновременно с оказанием специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, в первую очередь – медицинской помощи по медицинской реабилитации и протезированию, в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан.

Также для целей Стандарта используются следующие термины и определения, в том числе включенные в тезаурус Концепции развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов до 2025 года [15]:

«междисциплинарная команда специалистов по реабилитации инвалидов» – основная структурно-функциональная единица, объединяющая специалистов в области реабилитации медицинского и немедицинского профиля (врачи и средний медицинский персонал, психологи, медицинские психологи, специалисты по социальной работе, по адаптивной физической культуре и др.) для оказания инвалидам реабилитационных услуг на основе комплексного междисциплинарного подхода;

«реабилитационный потенциал» – комплекс биологических и психофизиологических характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной степени реализовывать его потенциальные способности. Выделяется 3 уровня реабилитационного потенциала инвалидов: высокий, удовлетворительный (средний), низкий/отсутствует;

«реабилитационный прогноз» – предполагаемая вероятность реализации реабилитационного потенциала. Выделяется 3 варианта реабилитационного прогноза для инвалидов: благоприятный, относительно благоприятный, неблагоприятный (сомнительный).

«социально-психологическая реабилитация инвалидов» – комплекс мероприятий, направленных на восстановление у инвалидов компонентов психической деятельности (высших психических функций, эмоционально-волевых и личностных характеристик), обеспечивающих реабилитационную приверженность к реализации жизнедеятельности в бытовой, межличностной, социокультурной, образовательной и профессиональной сферах в целях социальной адаптации и интеграции инвалидов в общество;

«социально-бытовая реабилитация инвалидов» – комплекс мероприятий, направленных на восстановление способности инвалидов к самообслуживанию посредством восстановления необходимых бытовых навыков, навыков персональной сохранности в быту (в пределах жилого помещения), в том числе с сопровождением и помощью других лиц, в целях социальной адаптации и интеграции инвалидов в общество;

«социально-средовая реабилитация и абилитация инвалидов» – комплекс мероприятий, направленных на восстановление у инвалидов способности самостоятельно или с сопровождением других лиц передвигаться, ориентироваться и общаться (осуществлять взаимодействие) на объектах социальной, инженерной, транспортной, информационной инфраструктуры в целях социальной адаптации и интеграции инвалидов в общество;

«социокультурная реабилитация инвалидов (реабилитация инвалидов методами культуры и искусства)» – комплекс мероприятий, направленных на включение инвалидов в творческую деятельность, обеспечивающую реализацию культурных, а также экономических потребностей инвалидов в соответствии с их интересами и способностями в целях социальной адаптации и интеграции инвалидов в общество;

«целевые реабилитационные группы инвалидов» – группы инвалидов, объединенные в зависимости от структуры и степени нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности в целях использования наиболее эффективных подходов к устранению или компенсации нарушений этих функций и ограничений жизнедеятельности при оказании услуг по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов вследствие военной травмы.

Структурно Стандарт будет сформирован из 7 основных разделов, 6 из которых посвящены проведению мероприятий по основным направлениям комплексной реабилитации: социально-психологической, социально-бытовой, социально-средовой, социокультурной реабилитации, профессиональной ориентации, мероприятиям по адаптивной физической культуре. Седьмой раздел будет отражать информацию об общем объеме мероприятий

по комплексной реабилитации инвалидов вследствие ампутации конечностей за реабилитационный курс в целом.

В рамках каждого из реабилитационных направлений последовательно будут приведены следующие подразделы:

наименование целевой реабилитационной группы инвалидов (в зависимости от преимущественных функциональных нарушений), на которую распространяется данный раздел;

область применения раздела стандарта (организации в которых целесообразно применение данного стандарта);

перечень обязательных и рекомендуемых специалистов, привлекаемых к реализации реабилитационных мероприятий в организации;

перечень, содержание, временная продолжительность, кратность, форма (индивидуальная, групповая) реализации мероприятий по соответствующему направлению реабилитации;

условия реализации мероприятий (стационарная, полустационарная и др.);

примерный перечень оборудования и вспомогательных средств для реализации мероприятий по соответствующему направлению реабилитации;

примерный перечень методов, методик и методических приемов при проведении мероприятий для каждого направления реабилитации;

показатели качества и оценка результатов реализации мероприятий.

Основным подходом к организации реабилитации инвалидов вследствие военной травмы в соответствии со Стандартом является комплексность предоставления реабилитационных мероприятий с учетом реабилитационного потенциала инвалида, от уровня которого напрямую зависит эффективность реабилитационного воздействия и реабилитационный прогноз.

Комплексность реабилитационных мероприятий обеспечивается работой междисциплинарной команды специалистов по реабилитации (далее – междисциплинарная команда). Специалистами междисциплинарной команды должны проводиться взаимовязанные мероприятия по социально-психологической, социально-бытовой, социально-средовой, социокультурной реабилитации, профессиональной ориентации, занятиям адаптивной физической культурой.

Для этих целей специалистами по каждому из указанных направлений реабилитации инвалидов при поступлении инвалида вследствие военной травмы в реабилитационную организацию проводится первичная диагностика (социально-психологическая, социально-бытовая, социально-средовая, социокультурная, профориентационная, диагностика психофизических качеств для целей занятия адаптивной физической культурой) и оценивается статус инвалида (социально-психологический, социально-бытовой, социально-средовой, социокультурный, профессиональный, психофизический) перед началом реабилитационного курса.

По итогам проведенной первичной диагностики на совместном заседании междисциплинарной команды с учетом заключения федерального учреждения медико-социальной экспертизы, отраженного в ИПРА инвалида, коллегиально определяется его реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз, цель (цели) реабилитационного курса (воздействие на одно или несколько ограничений жизнедеятельности инвалида), мишени реабилитационного воздействия (нарушения функций организма инвалида и различных сфер его жизнедеятельности, на восстановление или компенсацию которых направлена услуга в рамках данного реабилитационного курса) и разрабатывается индивидуальный план реабилитации инвалида вследствие военной травмы (далее – индивидуальный план реабилитации); определяется совокупный объем реабилитационных мероприятий по всем направлениям реабилитации, включенным в Стандарт. В целях обеспечения индивидуализированного подхода (в зависимости от реабилитационного потенциала каждого конкретного инвалида и целей реабилитационного курса) определяется диапазонный показатель кратности реабилитационных мероприятий, который в ходе реализации реабилитационного процесса позволяет варьировать количество мероприятий в рамках индивидуального плана реабилитации.

При реализации индивидуального плана реабилитации должны проводиться регулярные заседания специалистов междисциплинарной команды не менее трех раз за курс (первичное, промежуточное и итоговое). Количество промежуточных заседаний определяется индивидуальной потребностью обсуждения и корректировки плана реабилитационных мероприятий, в целях обеспечения комплексного междисциплинарного индивидуализированного подхода в ходе реабилитационного воздействия. Так, например, в отношении инвалидов вследствие военной травмы, в связи с психологической спецификой данного контингента лиц, крайне важно заключение специалиста психолога, медицинского психолога, врача-психотерапевта в отношении психологического реабилитационного потенциала инвалида. Это обусловлено тем, что именно психологический аспект реабилитационного потенциала лежит в основе реабилитационной приверженности личности, обеспечивающей активность и участие инвалида в различных реабилитационных мероприятиях, в связи с чем социально-психологическая диагностика *должна проводиться в первоочередном порядке*. Дальнейшее взаимодействие с инвалидом всех специалистов междисциплинарной команды выстраивается с учетом выявленных в ходе социально-психологической диагностики его индивидуально-психологических особенностей.

На промежуточных заседаниях междисциплинарной команды все специалисты представляют на общее обсуждение полученные в ходе реализации реабилитационных мероприятий результаты в целях своевременной коррекции индивидуального плана реабилитации.

При предоставлении услуги по комплексной реабилитации ведется реабилитационная карта, в которой отмечаются результаты проведенной диагностики, определенные цели и мишени реабилитационного воздействия, индивидуальный реабилитационный план и его реализация, дневники специалистов, заключения заседаний междисциплинарной команды. При оказании в реабилитационной организации специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи одновременно ведется медицинская документация в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан.

По итогам проведения курса реабилитации инвалида вследствие военной травмы каждым специалистом междисциплинарной команды по компетенции проводится повторная (контрольная) диагностика (социально-психологическая, социально-бытовая, социально-средовая, социокультурная, диагностика психофизических качеств для целей занятия адаптивной физической культурой), оценивается динамика соответствующих статусов.

На заключительном заседании междисциплинарной команды специалисты по компетенции докладывают о достигнутых в ходе реабилитационного курса результатах. Междисциплинарная команда выносит коллективное интегративное заключение о полноте реализации индивидуального реабилитационного плана, эффективности курса реабилитации (степень достижения поставленных целей), формирует рекомендации по дальнейшей организации реабилитации инвалида по месту жительства и, при необходимости, о повторных курсах комплексной реабилитации на базе федеральных учреждений.

В соответствии с вышеизложенными принципами, в каждом конкретном случае при реализации ИПРА инвалида в реабилитационной организации формируется индивидуальная тактика реабилитационного процесса.

Так, например, в комплексе мероприятий по всем направлениям при выявленных в ходе психологической диагностики стойких нарушениях когнитивной сферы, речевых функций, обусловленных черепно-мозговыми травмами различной степени выраженности, в структуру реабилитационного процесса в организации, реализующей ИПРА инвалида вследствие военной травмы, обязательно должны быть включены мероприятия, направленные на восстановление психических процессов, речи. При отсутствии в социально-психологическом статусе инвалида подобных нарушений, с учетом выявленной личностной специфики в структуре реабилитационного процессе должны преобладать мероприятия, направленные на коррекцию эмоционально-личностной сферы для формирования реабилитационной приверженности человека с целью повышения активности и участия в социальном восстановлении.

Не менее важным условием эффективности социального восстановления инвалида вследствие военной травмы является направленная и действенная поддержка со стороны социального окружения (членов семьи, друзей, сослуживцев). В этих целях родственники и ближайшее окружение инвалида также должны быть по возможности включены в реабилитационный процесс посредством психологического консультирования, информирования по различным вопросам реабилитации, в том числе для расширения их реабилитационной компетентности.

Технология реализации социальной реабилитации базируется на различных методических подходах, включая широкий диапазон методик и практик в целях социального восстановления военнослужащих и их интеграции в общество.

Исходя из опыта работы с данным контингентом, в Стандарте также будет систематизировано методическое обеспечение по соответствующим направлениям социальной и профессиональной реабилитации с указанием научно-обоснованных методов, методик и методических приемов для их практического применения.

Изложенные научно-методологические подходы к систематизации оказания реабилитационных услуг инвалидам – участникам локальных военных конфликтов по направлениям социальной и профессиональной реабилитации позволят обеспечить более качественный реабилитационный процесс с учетом *важнейшего принципа преемственности этих пациентов* от организаций подведомственных Министерству обороны Российской Федерации и Министерству здравоохранения Российской Федерации, что обеспечит их маршрутизацию в различные реабилитационные организации, включая организации сферы социальной защиты, приближенные к месту проживания данной категории инвалидов.

#### Библиографический список

1. Дедова, К.Н. Роль посттравматического стрессового расстройства в патогенезе органических эмоционально-личностных нарушений у комбатантов в периоде отдаленных последствий боевой психической травмы : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Дедова Кристина Николаевна. – Санкт-Петербург : ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, 2012. – 158 с. – Текст: непосредственный.
2. Захаров, А.В. Социальная реабилитация участников локальных военных конфликтов : дис. ... канд. социол. наук : 22.00.08 / Захаров Александр Васильевич. – Москва : Российская академия государственной службы при президенте Российской Федерации, 2000. – 203 с. – Текст: непосредственный.
3. Караяни, Ю.М. Концепция и технологии социально-психологической реабилитации инвалидов боевых действий / Ю.М. Караяни. – Москва : ВУ, 2015. – 173 с. – Текст: непосредственный.
4. Косова, Е.Г. Психическая ригидность как фактор развития посттравматического стрессового расстройства у сотрудников оперативных подразделений, перенесших боевой стресс : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 Косова Елена Германовна. – Томск : ТГУ, 2005. – 201 с. – Текст: непосредственный.
5. Котова, О.В. Ресоциализация лиц с двигательными нарушениями средствами адаптивной физической культуры и спорта : дис. ... канд. социол. наук : 22.00.04 / Котова Ольга Владимировна. – Москва : 2010. – 182 с. – Текст: непосредственный.
6. Малашенко, О.И. Клинико-неврологические, психопатологические и психологические особенности посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.13/14.00.18 / Малашенко Олег Иванович. – Москва : ММА им. И.М. Сеченова, 2008. – 179 с. – Текст: непосредственный.
7. Морозова, С.Н. Клинико-динамическая и прогностическая характеристика алкогольной зависимости, сочетающейся с посттравматическими стрессовыми расстройствами : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.27/14.01.06. – Москва : ФГУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России, 2010. – 175 с. – Текст: непосредственный.

8. 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 июня 2017 N 486н. – URL: СПС КонсультантПлюс. – Текст : электронный (дата обращения: 05.12.2022).
9. Об утверждении стандартов предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в полустационарных условиях : приказ Минтруда России от 26 апреля 2022 N 261. – URL: СПС КонсультантПлюс. – Текст : электронный (дата: 05.12.2022).
10. Об утверждении стандартов предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в стационарных условиях, включая проживание и питание детей-инвалидов и сопровождающих детей-инвалидов лиц : приказ Минтруда России от 26 апреля 2022 N 262. – URL: СПС КонсультантПлюс. – Текст : электронный (дата обращения: 05.12.2022).
11. Об утверждении стандартов предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в стационарных условиях без проживания и питания сопровождающих детей-инвалидов лиц : приказ Минтруда России от 26 апреля 2022 N 263. – URL: СПС КонсультантПлюс. – Текст : электронный (дата обращения: 05.12.2022).
12. Петросян, Т.Р. Зависимость от алкоголя у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.45/14.00.18 / Петросян Тигран Робертович. – Москва : ФГУ НИЦ наркологии Росздрава, 2008. – 150 с. – Текст: непосредственный.
13. Пузин, С.Н. Инвалидность вследствие военной службы / С.Н. Пузин, Л.П. Гришина, С.И. Исаенко. – Москва, 2005. – 280 с. – Текст: непосредственный.
14. **Российская Федерация. Законы.** О социальной защите инвалидов в Российской Федерации : Федеральный закон N 181-ФЗ от 24 ноября 1995 года. – URL: СПС КонсультантПлюс. – Текст : электронный (дата обращения: 05.12.2022).
15. **Российская Федерация. Распоряжения.** Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2021 N 3711-р. – URL: СПС КонсультантПлюс. – Текст : электронный (дата обращения: 05.12.2022).
16. Тарабрина, Н.В. Психологические характеристики лиц, переживших военный стресс / Н.В. Тарабрина, Е.О. Лазебная, М.Е. Зеленова [и др.] // Труды Института психологии РАН. – Москва, 1997. – С. 254-262. – Текст: непосредственный.
17. Тарабрина, Н.В. Синдром посттравматических стрессовых нарушений : современное состояние и проблемы / Н.В. Тарабрина, Е.О. Лазебная // Психологический журнал. – 1992. – Т. 13. – N 2. – С.14-29. – Текст: непосредственный.
18. Фастовцов, Г.А. Криминальная агрессия комбатантов с посттравматическим стрессовым расстройством (клинический и судебно-психиатрический аспекты): дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.06. – Москва : ФГУ «ГНИЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минсоцразвития России, 2010. – 449 с. – Текст: непосредственный.
19. Шабалина, Н.Б. Социально-психологическая реабилитация инвалидов военной службы / Н.Б. Шабалина, А.Г. Герсамя, Е.В. Морозова // Сборник материалов семинара по трудовой адаптации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы в Южном Федеральном округе. – Ростов на/Д., 2010. – С. 122-127. – Текст: непосредственный.
20. Шабалина, Н.Б. Специфика процесса психологической реабилитации инвалидов военной службы / Н.Б. Шабалина, Е.В. Морозова, А.Г. Герсамя // Сборник материалов семинара по трудовой адаптации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы в Уральском Федеральном округе. – Екатеринбург, 2010. – С.84-92. – Текст: непосредственный.
21. Ямпольская, В.В. Клинико-патогенетические особенности отдаленного периода современной легкой боевой черепно-мозговой травмы, сочетающегося с посттравматической хронической алкогольной зависимостью : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.13. – Екатеринбург : ГОУ ВПО УГМА Росздрава, 2007. – 159 с. – Текст: непосредственный.

**Информация об авторах:** О.Г. Струкова – канд.мед.наук, *strukova\_og@fbmse.ru*, Е.В. Морозова – канд.психол.наук, *elvamorozova@yandex.ru*, Е.В. Жукова, *egeni69@bk.ru*, А.Н. Барышова, *anna.yashina@mail.ru*  
**Information about the authors:** Oksana G. Strukova – Candidate of Medical Sciences, *strukova\_og@fbmse.ru*, Elena V. Morozova – Candidate of Psychological Sciences, *elvamorozova@yandex.ru*, E.V. Zhukova, *egeni69@bk.ru*, Anna N. Baryshova, *anna.yashina@mail.ru*

## **Роль силовых упражнений в физической реабилитации военнослужащих с последствиями минно-взрывной травмы нижних конечностей**

**В.Е. Юдин<sup>1</sup>, С.А. Руднев<sup>2</sup>, Д.Д. Болотов<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Филиал N 2 ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр высоких медицинских технологий – Центральный военный клинический госпиталь имени А.А. Вишневого» Министерства обороны Российской Федерации, г. Москва, 125445, Россия

<sup>2</sup>ЗАО «Эвита», г. Москва, 123001, Россия

<sup>3</sup>ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Москва, 127486, Россия

**Аннотация.** Отличие современных войн заключается в большом количестве минно-взрывных ранений, предполагающих получение высокоэнергетической травмы и, зачастую, отчленения конечностей. Травма, оперативные вмешательства и последующая вынужденная обездвиженность негативно сказываются на физической активности пострадавших. В свою очередь, применение методов физической реабилитации в сочетании с иными методами комплексной реабилитации, включающих протезирование утраченной конечности, позволяет получать положительные результаты. Введение в программу физической реабилитации силовых упражнений дает возможность повысить тонусо-силовые характеристики мышц как усеченной, так и контрлатеральной конечности.

*Цель исследования:* установление влияния восстановительного комплекса, включающих в том числе силовые тренировки, на антропометрические показатели у 8 военнослужащих с отчленениями нижних конечностей на уровне голени вследствие минно-взрывных ранений. Установлена положительная динамика на основе контроля антропометрическим, тонусометрическим и динамометрическим методами.

**Ключевые слова:** отчленение нижних конечностей, протезирование, реабилитационная программа.

## **The role of strength exercises in the physical rehabilitation of military personnel with the consequences of a mine-explosive injury of the lower extremities**

**Vladimir E. Yudin<sup>1</sup>, Sergey A. Rudnev<sup>2</sup>, Denis D. Bolotov<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Branch № 2 of the FSBI « National Medical Research Center of High Medical Technologies – Central Military Clinical Hospital them. A.A. Vishnevsky» of the Ministry of Defense of the Russian Federation, Moscow, 125445, Russia

<sup>2</sup>ZAO «Evita», Moscow, 123001, Russia

<sup>3</sup>FBSE «Federal Bureau of Medical and Social Expertise» of the Ministry of labour and social protection of the Russian Federation, Moscow, 127486, Russia

**Abstract.** The difference between modern wars lies in the large number of mine-explosive wounds, which involve high-energy trauma and, often, amputation of limbs. Trauma, surgical interventions and subsequent forced immobility have a negative impact on the physical activity of the victims. In turn, the use of physical rehabilitation methods allows obtaining positive results in combination with other methods of complex rehabilitation, including prosthetics of the lost limb. The introduction of strength exercises into the program of physical rehabilitation makes it possible



to increase the tone and strength characteristics of the muscles of both the truncated and contralateral limbs. The aim of the study was to establish the effect of the rehabilitation complex with the inclusion of strength training on anthropometric measurements in 8 servicemen with lower limb dissection at the level of the lower leg due to mine-explosive wounds. A positive trend was established based on control by anthropometric, tonusometric and dynamometric methods.

**Key words:** amputation of lower limbs, prosthetics, rehabilitation program.

В военных конфликтах последнего времени подавляющее большинство ранений оказывались осколочными, составляя 63,4-72,8 % от общего числа ранений. Увеличение числа множественной и сочетанной травмы так же происходит за счет минно-взрывных ранений [2]. По данным Н.Ф. Фомина, наиболее частым следствием минно-взрывной травмы (далее – МВТ) являются отрывы и повреждения нижних конечностей в 47 % случаев, в том числе на уровне голени – в 66,2 %, стопы – в 20,4 % и бедра – в 7,3 % [4]. Частым следствием данной травмы является отчленение поврежденной конечности, приводящее к нарушению различных функций организма и требующая социальной защиты, что в свою очередь приводит к инвалидности.

Результаты исследований множества специалистов [1;3] свидетельствуют о необходимости применения комплексной реабилитации, включающей различные виды: медицинскую, в т.ч. с применением высокотехнологичных технических средств, социальную и т.д. Важнейшим аспектом комплексной реабилитационной программы является ее адекватная физическая составляющая с плавным переходом в адаптивный спорт для восстановления полноценной жизнедеятельности, а окончательной целью является полная социальная интеграция ветеранов боевых действий в общество.

Из основных реабилитационных стратегий, при анатомических дефектах на уровне голени, наиболее адекватной является заместительная, предполагающая использование протеза взамен усеченной части конечности, при которой физическая реабилитация является и основой успешного восстановления двигательных функций, и основным средством профилактики как общих, так и местных осложнений. Физические упражнения применяются на всех этапах как амбулаторного, так стационарного варианта проведения протезирования, каждый их которых имеет свои особенности и общую этапность, подразумевает применение широкого перечня средств реабилитации, различных методов и методик.

Данное исследование посвящено особенностям применения силовых упражнений на госпитальном этапе реабилитации пациентов с травматическими отчленениями вследствие минно-взрывной травмы нижних конечностей на уровне голени с проведением протезирования.

Согласно различных источников, существуют различные варианты распределения реабилитационной программы на этапы. Предлагаем наиболее часто применяемый вариант, при котором программа состоит из трех периодов: подготовки к протезированию, освоения протеза и тренировочного периода. Нужно отметить, что средства физической реабилитации также разделяют на общеразвивающие, специальные и силовые упражнения. К силовым мы отнесли упражнения на блочных тренажерах, к специальным – упражнения для поврежденной и сохранной конечности для повышения силы, выносливости и координации, к общеразвивающим – все остальные.

Задачи исследования: с помощью силовых упражнений на тренажерах обеспечить:

- 1) стабильные антропометрические показатели культи для уверенного пользования протезом и борьбу с атрофией мышц в связи с тем, что существенное изменение объема культи может снизить управляемость протезом или даже вызвать затруднения при передвижении на нем;
- 2) оптимизацию тонуса мускулатуры;
- 3) равные силовые характеристики поврежденной и контрлатеральной конечности для оптимизации ходьбы и ОДА в целом.

В исследовании приняли участие 8 военнослужащих с последствиями МВТ в виде отчленения голени в возрасте от 21 до 36 лет, из которых пятеро были в возрасте 21-23 года. Сроки давности получения травмы составляли от 2 до 30 месяцев.

Для оценки эффективности программы включения силовых упражнений применялись следующие методы:

1. Антропометрическое измерение окружности бедер. Измерение окружности обоих бедер проводилось на симметричном уровне в верхней, средней и нижней трети. Наиболее показательной была динамика изменений в средней трети, т.е. примерно на расстоянии 15 см проксимальнее верхнего полюса надколенника, в зоне наилучшего развития внутренней и наружной головок четырехглавой мышцы бедра, результаты динамики этого показателя и будут представлены далее.

2. Миотонусометрия. Показатели тонуса четырехглавой мышцы бедра культы и неповрежденной конечности производили миотонотром Сирмаи фирмы «Metrimprex», посредством которого механически определяется жесткость мышечной ткани. Метод позволяет регистрировать динамику состояния тонуса мышц ампутированной и сохранившейся конечности.

3. Динамометрия. Измерения момента силы, развиваемого мышцами бедра, фиксировали с помощью регистрационного блока, устанавливаемого на блочные тренажеры «David» в положении «разгибание голени сидя» и «сгибание голени сидя». На исследуемую нижнюю конечность в область лодыжки устанавливали фиксируемую манжету, механически связанную с устройством измерительного блока.

В *периоде подготовки к протезированию* включали упражнения с применением силовых тренажеров по разработанной нами программе, с проработкой крупных и средних групп мышц спины, брюшного пресса, пояса верхних конечностей, контрлатеральной (сохранной) нижней конечности, и, конечно же, мышц усеченной конечности. Вопросы применения общеразвивающих упражнений в данной статье рассматриваться не будут.

В процессе занятий исключалась осевая нагрузка на культю. Специальные упражнения на мышцы ампутированной конечности начинали с «косвенных» упражнений, таких как сведение и разведение ног в тренажере, сгибание бедер лежа. Через 2-3 занятия, при отсутствии перегрузок со стороны культы (появления боли, парестезий или отека), начинали специальные силовые упражнения: сгибание голени сидя, сгибание бедра стоя, разгибания культы голени стоя (Таблица 1). Отмечено, что вследствие перенесенной травмы, оперативного лечения и ограничительного двигательного режима мышцы сохранной и, в большей степени, усеченной нижней конечности подверглись выраженной атрофии.

Применяли силовые упражнения динамического характера с дозировкой 8-20 повторений в одном подходе, что позволяло наиболее эффективно достигать увеличения мышечной массы.

Уделяли внимание правильной технике выполнения упражнений на блочных тренажерах, особенно плавному, контролируемому движению в эксцентрической фазе. При необходимости, в занятия вносили индивидуальные коррективы.

В *периоде освоения протеза* применяли те же подходы. Однако, по сравнению с периодом подготовки к протезированию, повышали интенсивность специальной силовой нагрузки на мышцы ног с 20 повторных максимумов до 12-16, сопровождавшейся соответственно увеличением используемого отягощения. Добавляли количество упражнений, выполняемых одновременно протезированной и сохранной конечностью. В данном периоде повышали количество исходных положений. При этом дополнительным фактором нагрузки был переход занимающихся на ходьбу на протезе в основном передвигаясь без дополнительной опоры, и лишь некоторые сохраняли в качестве дополнительного средства опоры трость.

Нужно отметить, что в начале данного периода при повышении нагрузки сгибание голени сидя и ее разгибание на тренажерах у некоторых занимающихся вызывали «чрезмерное давление на культю», провоцируя болевые ощущения вследствие незавершенного процесса перестройки мягкотканого компонента в процессе формирования культы.

Таблица 1 – Примерный комплекс специальных силовых упражнений на блочных тренажерах после МВР голени при подготовке к протезированию

№ п/п	Описание упражнения	Количество подходов	Количество повторений	Время отдыха	Методические рекомендации
1	Сведение ног	2	20	1	Плавное выполнение
2	Разведение ног	2	20	1	Замедлять эксцентрическую фазу движения
3	Разгибание бедер	2	20	1	Фиксировать спину к опоре
4	Жим 1 ногой	2 сохранной	20	1	Не выполнять полного разгибания в коленном суставе
5	Сгибание бедра стоя	1-2 культей	20	1	Сохранять правильную осанку
6	Разгибание бедра культи стоя	1-2	20	1	С опорой руками
7	Отведения бедра культи стоя	1-2	20	1	Сохранять туловище вертикально
8	Приведение бедра культи стоя	1-2	20	1	-
9	Разгибание сохранной голени сидя	2	20	1	Плавное выполнение
10	Сгибание сохранной голени сидя	2	20	1	Замедлять эксцентрическую фазу движения

В *тренировочном периоде* задачами специальных упражнений являлись:

- 1) совершенствование развития силовой выносливости мышц нижних конечностей, как сохранной, так и протезированной;
- 2) оптимизация процесса тренировки мышц нижних конечностей с целью выравнивания объема бедер;
- 3) стимулирование к дальнейшей регулярной физической активности.

Особое значение придавали подготовке к адаптивным видам спорта, занятие которыми давало наиболее значимый эффект от проводимой программы физической реабилитации как в двигательном, так и в соматическом и психологическом аспектах.

В таблицах 2, 3 и 4 представлены результаты проведенного исследования с применением вышеуказанных методов контроля.

Таблица 2 – Динамика миотонометрии четырехглавой мышцы бедра сохранной и протезированной нижней конечности

Конечность	Сроки реабилитации			
	1 день	15-17 день	28-30 день	40-42 день
Сохранная	31,6 ± 2,8 p ≤ 0,05	39,8 ± 3,14 p ≤ 0,05	44,5 ± 1,72 p ≤ 0,05	48,8 ± 1,83 p ≤ 0,01
Протезированная	19,2 ± 3,23 p ≤ 0,01	29,7 ± 2,94 p ≤ 0,01	40,8 ± 2,7 p ≤ 0,01	44,5 ± 1,9 p ≤ 0,01

Из содержания таблицы 2 следует, что рост амплитуды тонуса четырехглавой мышцы бедра сохранной конечности составил 54,4 %, а протезированной – соответственно 113,8 %.

В соответствии с полученными данными, прирост окружности бедер на симметричном уровне сохранной и протезированной нижних конечностей составил 3,9 см (7,9 %) и 3,5 см (7,65 %).

Результаты динамометрии четырехглавой мышцы бедра и мышц задней поверхности бедра с определением момента силы, представлены в таблице 4, оценивали в ньютон-метрах.

Таблица 3 – Динамика измерения окружности бедер на симметричном уровне протезированной и сохранной в средней трети нижних конечностей

Конечность	Сроки реабилитации			
	1 день	15-17 день	28-30 день	40-42 день
Сохранная	48,8 ± 1,48 p ≤ 0,01	50,8 ± 1,42 p ≤ 0,01	51,8 ± 1,4 p ≤ 0,01	52,7 ± 1,28 p ≤ 0,01
Протезированная	45,6 ± 1,42 p ≤ 0,05	46,6 ± 1,43 p ≤ 0,05	48,2 ± 1,28 p ≤ 0,01	49,1 ± 1,35 p ≤ 0,01

В результате проведенного исследования улучшились показатели тонуса, силы, поврежденной и здоровой конечности, приблизились антропометрические показатели.

Таблица 4 – Результаты динамометрии четырехглавой мышцы бедра сохранной и протезированной конечностей

Конечность	Момент силы в Нм	
	до	после
Сохранная	108,1 ± 3,24 p ≤ 0,01	137,6 ± 3,43 p ≤ 0,01
Протезированная	83,1 ± 5,36 p ≤ 0,01	113,3 ± 5,29 p ≤ 0,01

**Заключение.** Применение силовых упражнений в общем комплексе проведения физической реабилитации одновременно с протезированием конечности у пациентов с односторонними травматическими отчленениями нижних конечностей на уровне голени позволило улучшить тонусо-силовые характеристики мышечных групп как культы, так и смежной конечности. Данные изменения позволяют констатировать, что включение силовых упражнений является действенным механизмом профилактики и коррекции атрофии мягких тканей и может быть рекомендовано к широкому использованию у пациентов на всех этапах реабилитационной программы.

#### Библиографический список

1. Иванов, А.М. Дифференцированный подход к физической реабилитации при подготовке к протезированию больных после ампутаций нижних конечностей / А.М. Иванов, Д.М. Шапиро, С.И. Найдина, Н.Г. Кудрявцев. – М. : ЦНИИПП, 1997, вып. 94. – С. 53-56.
2. Миннулин, И.П. Особенности патогенеза, клиники, диагностики и лечения минно-взрывных повреждений. 1990 / И.П. Миннулин. – Текст : непосредственный // Военно-медицинский журнал. – 1990. – N 9. – С. 46-48.
3. Пузин, С.Н. Медико-социальные аспекты инвалидности вследствие травм опорно-двигательного аппарата у бывших участников локальных военных конфликтов / С.Н. Пузин, Л.Н. Чикина, В.И. Лященко. – М. : ЦИЭТИН, 2001. – 143 с. – Текст : непосредственный.
4. Фомин, Н.Ф. Механогенез повреждений органов и тканей при минно-взрывных отрывах нижних конечностей / Н.Ф. Фомин // Военно-медицинский журнал. – 1994. – N 5. – С. 12-16.
5. Smith W.K., Wu Y., Pitkin M. Rehabilitation after landmine injury. Pain Med. 2006. – S. 218-221. doi: 10.1111/j.1526-4637.2006.00234\_8.x.

**Информация об авторах:** В.Е. Юдин, д-р мед.наук, профессор, [6\\_gospital@mail.ru](mailto:6_gospital@mail.ru), С.А. Руднев, [rudnevSPORT@yandex.ru](mailto:rudnevSPORT@yandex.ru), Д.Д. Болотов – канд. мед. наук, доцент, [bolotov\\_d@mail.ru](mailto:bolotov_d@mail.ru)

**Information about the authors:** Vladimir E. Yudin – Doctor of Medical Sciences, Professor, [6\\_gospital@mail.ru](mailto:6_gospital@mail.ru), Sergey A. Rudnev, [rudnevSPORT@yandex.ru](mailto:rudnevSPORT@yandex.ru), Denis D. Bolotov – Candidate of Medicine, Associate Professor, [bolotov\\_d@mail.ru](mailto:bolotov_d@mail.ru)

## **Актуальность реабилитации участников спецоперации в современных условиях**

**В.Н. Феофанов<sup>1</sup>, А.Н. Головина<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский государственный социальный университет»,  
г. Москва, 129226, Россия

<sup>2</sup>Государственное казенное общеобразовательное учреждение города Москвы «Центр инклюзивного образования «Южный», г. Москва, 115304, Россия

**Аннотация.** В статье рассматривается социально значимое и перспективное направление – реабилитация военнослужащих после участия в специальной военной операции России на Украине. Поэтому одной из актуальных задач становится создание эффективной системы реабилитации военнослужащих, которая должна носить комплексный характер.

В статье обобщены труды отечественных авторов, посвященные основным направлениям в организации реабилитационных мероприятий для военнослужащих и их современному состоянию в России.

Для повышения эффективности реабилитации необходимо усовершенствование нормативно-правовой базы в части расширения перечня получателей услуг и улучшение материальной базы. Результаты исследования показывают, что созданы центры помощи семьям мобилизованных граждан, реабилитационные центры, оказывающие услуги по восстановлению и одновременному переобучению военнослужащих. Современное состояние реабилитационных мероприятий позволяет военнослужащим получать своевременную качественную помощь, направленную на физическое и психологическое восстановление.

**Ключевые слова:** Россия, реабилитация, медико-психологическая реабилитация, профессиональная реабилитация, военнослужащие, спецоперация.

### **The relevance of rehabilitation of special operation participants in modern conditions**

**Vasilij N. Feofanov<sup>1</sup>, Alfina N. Golovina<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Russian State Social University, Moscow, 129226, Russian Federation

<sup>2</sup>State-owned educational institution of Moscow “Centre of inclusive education “Yuzhniy”,  
Moscow, 115304, Russia

**Abstract.** The article discusses a socially significant and promising direction – the rehabilitation of servicemen after participating in a special military operation of Russia in Ukraine. Therefore, one of the urgent tasks is to create an effective system of rehabilitation of military personnel, which should be comprehensive.

The article summarizes the works of Russian authors devoted to the main directions in the organization of rehabilitation measures for military personnel and their current state in Russia.

To increase the effectiveness of rehabilitation, it is necessary to improve the regulatory framework in terms of expanding the list of recipients of services and improving the material base. The results of the study show that centers have been created to help families of mobilized citizens, rehabilitation centers that provide services for the recovery and simultaneous retraining of military personnel. The current state of rehabilitation measures allows military personnel to receive timely high-quality assistance aimed at physical and psychological recovery.

**Key words:** Russia, rehabilitation, medical and psychological rehabilitation, professional rehabilitation, military personnel, special operation.

В современных условиях профессиональная военная служба связана с воздействием на организм различных неблагоприятных факторов военного труда, таких как витальная угроза, информационные нагрузки, депривация сна, микроклиматические факторы (температура, влажность воздуха, скорость его движения), социальная изоляция, и другие. В целом эти

факторы принято делить на три группы: санитарно-гигиенические, психофизиологические и социально-психологические [8]. Подобные условия могут привести как к физическим, так и психоэмоциональным нарушениям, влияющих впоследствии на психологическое, социальное и профессиональное состояние военнослужащего и членов его семьи. Поэтому в ходе военных действий, происходящих в мире, в последнее десятилетие, и особенно в условиях специальной военной операции России на Украине, одним из социально значимых направлений восстановления положительного восприятия жизни, семьи и общества является реабилитация военнослужащих после участия в боевых действиях.

Под *реабилитацией* понимают комплекс медико-психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на восстановление и коррекцию нарушенных психических функций, состояний, личного и социального статуса инвалидов, лиц, перенесших заболевание, получивших психологическую травму [6]. В комплексной реабилитации военнослужащих, можно выделить следующие направления: медицинская, профессиональная, психологическая, педагогическая и социальная реабилитации.

Одним из важных направлений в восстановлении положительного восприятия жизни, семьи и общества военного, является внедрение и усовершенствование программ медико-психологической реабилитации [5]. Под медико-психологической реабилитацией понимается комплекс медицинских, психологических и общих оздоровительных мероприятий по восстановлению работоспособности военнослужащих [2]. Это позволяет реабилитировать как военнослужащих с повреждениями опорно-двигательного аппарата, так и с другими физическими и психическими нарушениями.

К основным этапам медицинской реабилитации относят полное или частичное восстановление организма, поддержание функций организма после завершения или обострения хронического процесса в организме и последующую коррекцию, включая мероприятия, направленные на снижение степени инвалидности и др. Первый и второй этапы реализуются в условиях госпитального и амбулаторно-поликлинического уровня, третий этап – в условиях санаторно-курортных организаций. По данным исследований подобная система реабилитации позволяет обеспечить максимальную загрузку специалистов и оборудования и сократить расходы здравоохранения и социального обеспечения. Так, стоимость койко-места в условиях стационарного лечения в 3,5-5 раз больше, чем в центре реабилитации [5].

В зависимости от состояния военнослужащего, продолжительность реабилитации составляет 10, 20 или 30 суток. Все реабилитационные мероприятия осуществляются бесплатно, включая бесплатный проезд.

Медико-психологическая реабилитация реализуется с применением стандартов медицинской помощи [7], при том, что реабилитационные мероприятия проводятся исходя из степени утомления. Реабилитация включает в себя различные средства лечебной физкультуры, массажа, мануальной терапии, рефлексотерапии, методы психологической и нейропсихологической коррекции, трудотерапии, коррекции речи и глотания и другие методы медикаментозной и немедикаментозной терапии.

В условиях реабилитации военнослужащих реализуются как персонализированные программы, построенные с учетом влияния индивидуальных факторов, так и осуществляемые по стандартам, без учета специфических факторов. Как показывают исследования С.В. Долгих, А.А. Кирсанова, В.Д. Пронина и других [1], оба подхода демонстрируют значительные улучшения психологических компонентов, таких как повышение мотивации, снижение количества жалоб, повышение самооценки и др. Однако с учетом персонализированного подхода некоторые результаты были значительно выше (бодрость, настроение, уверенность и др.), по сравнению со стандартизированным подходом. Кроме того, отмечена положительная динамика по физическим компонентам (увеличение работоспособности, показатели гомеостаза и др.).

Учитывая события последних лет, так же была усовершенствована нормативно-правовая база организации медико-психологической реабилитации. В настоящее время,

основными нормативными документами, регулирующими порядок организации реабилитации военнослужащих, являются нормативно-правовые акты Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства обороны Российской Федерации: Федеральный закон от 27 мая 1998 N 76-ФЗ «О статусе военнослужащих», Федеральный закон от 21 ноября 2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства обороны Российской Федерации<sup>8</sup>. Последние изменения, внесенные в действующее законодательство позволили уточнить перечень показаний к медико-психологической реабилитации, перечень категорий военнослужащих, подлежащих реабилитации, а также определить порядок и места проведения реабилитации. Произошли изменения и в нормах снабжения медицинским имуществом. Нормы, установленные ранее, не соответствовали современной специфике санаторно-курортного лечения. Кроме того, отсутствовала возможность обеспечения лекарственными средствами, что снижало эффективность медицинской реабилитации.

Минтруд России в письме от 29 марта 2022 N 13-4/10/В-3963 [3], направленном в федеральные учреждения медико-социальной экспертизы, дал дополнительные разъяснения в части применения Правил признания лица инвалидом, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 5 апреля 2022 N 588, в отношении военнослужащих и сотрудников иных правоохранительных и силовых структур, участвующих в специальной военной операции на территории Украины, Донецкой Народной Республики и Луганской Народной Республики (далее – военнослужащие). Согласно данному письму с марта 2022 года все направления на медико-социальную экспертизу в отношении раненых военнослужащих запрещено возвращать, даже если они оформлены с ошибками. В своем письме Минтруд России так же напоминает федеральным учреждениям МСЭ, что в условиях специальной военной операции экспертиза военнослужащим с ампутированной конечностью должна быть проведена в течение трех дней.

В современных реалиях важна не только реабилитация самого военнослужащего, но и поддержка членов его семьи. Помимо финансовой поддержки (субсидии, единовременные пособия), улучшения жилищных условий (внеочередное жилье, льготная ипотека), одним из положительных моментов является возможность предоставления медико-психологической реабилитации в виде семейного отдыха. Член семьи, прибывший с военнослужащим, так же может получать оздоровительные процедуры. Все это положительно влияет на психологическое состояние, как военнослужащего, так и его семьи в целом.

Важно отметить, что все медико-реабилитационные мероприятия проводятся в санаторно-курортных организациях Министерства обороны. За последние несколько лет увеличилось количество санаториев, баз и домов отдыха, где военнослужащим могут быть предоставлены различные программы реабилитации (ФГБУ «Военный санаторий «Крым» Минобороны России, Филиал «Санаторий «Молоковский» ФГКУ «Санаторно-курортный комплекс «Дальневосточный» Минобороны России и др.), появились детские санатории (ФГБУ «Военный санаторий «Ялта» Минобороны России»). Все это дает возможность восстановить большее количество участников боевых действий.

Одним из ведущих направлений, в сегодняшних условиях, является создание Центров помощи семьям мобилизованных граждан. В этих центрах члены семьи мобилизованных могут получить не только своевременную юридическую, консультативную и информационную помощь, но и специализированную помощь психолога.

<sup>8</sup> Приказы Министра обороны Российской Федерации от 15 марта 2011 N 333 «О порядке санаторно-курортного обеспечения в Вооруженных Силах Российской Федерации», от 27 января 2017 N 60 «О медико-психологической реабилитации военнослужащих»; приказ Минздрава России от 31 июля 2020 N 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» и др.

Важным направлением в рамках реабилитационных мероприятий является помощь в реинтеграции как самих военнослужащих, так и членов их семьи. Согласно Приказа Министра обороны Российской Федерации от 15 мая 2021 N 270 «Об определении Порядка и условий реализации военнослужащими Вооруженных Сил Российской Федерации, проходящими военную службу по контракту, права на профессиональную переподготовку по одной из гражданских специальностей» [4], право на переподготовку имеют лица, имеющие стаж не менее 5 лет и нуждающиеся в ней по состоянию здоровья. Переподготовка осуществляется на безвозмездной основе, с сохранением всех видов довольствия, сроком не более 4 месяцев.

Переподготовку военнослужащих по гражданской специальности осуществляют образовательные организации высшего образования Министерства обороны Российской Федерации в различных городах: ФГКВОУВО «Военная академия Генерального штаба Вооруженных Сил Российской Федерации» (г. Москва), ФГКВОУВО «Новосибирское высшее военное командное училище», ФГКВОУВО «Казанское высшее танковое командное ордена Жукова Краснознаменное училище» и др.

Помимо учебных заведений, курируемых Министерством обороны, содействие в организации переобучения и получения специальности, инициируют вузы гражданских специальностей. Одним из таких вузов является ФГАОУ ВО «Дальневосточный федеральный университет» (далее – ДВФУ). На базе Медицинского центра ДВФУ, членам семьи военнослужащих оказывают помощь в организации профессионального обучения и дополнительного профессионального образования, а также содействие в поиске работы.

Кроме помощи в обучении, здесь проходит медицинская и психологическая реабилитация тяжелораненых участников спецоперации. В зависимости от травмы военнослужащие могут получить различный комплекс услуг: механотерапию, занятия на тренажерах, лечебную физкультуру, физиотерапию, грязелечение, помощь психолога и другое. Бесплатные курсы реабилитации оказываются университетом с августа 2022 года. За два месяца в Медицинском центре ДВФУ прошло реабилитацию 16 человек.

Подобный центр также открыт в Липецкой области. Реабилитацию, осуществляемую на базе Областного государственного бюджетного учреждения «Центр реабилитации инвалидов и пожилых людей «Сосновый бор», могут пройти военные, имеющие статус ветерана боевых действий. Курс, рассчитанный на 3 месяца, включает в себя восстановительную терапию, социальную и профессиональную реабилитацию, занятия с психологом. Наличие профессиональной реабилитации предполагает возможность получить новую профессию.

Первый реабилитационно-образовательный центр был открыт на базе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр высоких медицинских технологий – Центральный военный клинический госпиталь имени А.А. Вишневского» Минобороны России. Здесь также предлагают широкий комплекс мероприятий, таких как физиотерапия, тренажеры, иглорефлексотерапия и различные виды массажа. Учитывая длительность реабилитации, одновременно с восстановлением, будет проходить переобучение военнослужащих.

Похожие центры планируются открыться и в других городах России, например, в Кузбассе.

*Вывод:* важную роль в сохранении здоровья военнослужащих, участвовавших в специальной военной операции России на Украине, играет реабилитация. С целью повышения эффективности реабилитации, была усовершенствована нормативно-правовая база, направленная как на расширение перечня получателей услуг, так и на улучшение материальной базы, соответствующей современной специфике медицинских и реабилитационных услуг, предоставляемых военнослужащим. В целях нормализации психологического здоровья семей военнослужащих были созданы в субъектах Российской Федерации Центры помощи семьям мобилизованных граждан. В связи с увеличением количества раненых были созданы реабилитационные центры, оказывающие услуги по восстановлению и одновременному переобучению военнослужащих. Современное состояние реабилитационных мероприятий позволяет военнослужащим получать своевременную качественную помощь, направленную на физическое и психологическое восстановление.



### Библиографический список

1. Долгих, С.В. Персонализированная медико-психологическая реабилитация военнослужащих в военных санаторно-курортных организациях / С.В. Долгих, Д.В. Ковлен, А.А. Кирсанова, В.Д. Пронин, [и др.]. – Текст : электронный // Современные проблемы науки и образования. – 2022. – N 2. – URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=31589> (дата обращения: 06.11.2022).
2. Министерство обороны Российской Федерации – URL: <https://mil.ru/> (дата обращения: 07.11.2022).
3. Письмо Минтруда России от 29 марта 2022 N 13-4/10/B-3963 «Об особенностях оказания услуги по проведению медико-социальной экспертизы военнослужащим, а также сотрудникам иных правоохранительных и силовых структур». – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения : 01.12.2022). – Текст : электронный.
4. Приказ Министра обороны Российской Федерации от 15 мая 2021 N 270 «Об определении Порядка и условий реализации военнослужащими Вооруженных Сил Российской Федерации, проходящими военную службу по контракту, права на профессиональную переподготовку по одной из гражданских специальностей». – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения : 01.12.2022). – Текст : электронный.
5. Русева, С.В. Эффективность медицинской реабилитации раненых военнослужащих в вооруженных конфликтах / С.В. Русева, Г.Н. Пономаренко [и др.]. – Текст : непосредственный // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2014. – N 1(45). – С. 116-120.
6. Специальная психология : учебник для вузов / Л.М. Шипицына [и др.] ; под редакцией Л.М. Шипицыной. – Москва : Издательство Юрайт, 2022. – 287 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-02326-8. – Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/489688> (дата обращения: 07.11.2022).
7. Стандарты медико-психологической реабилитации военнослужащих в санаторно-курортных организациях Министерства обороны Российской Федерации. – М. : ГВМУ МО РФ, 2018. – 49 с. – Текст : непосредственный.
8. Чумаков, А.В. Влияние военно-профессиональных факторов на здоровье специалистов военно-морского флота с учетом современного состояния и перспектив развития военно-морской терапии / А.В. Чумаков, Д.В. Черкашин // Известия Российской Военно-медицинской академии. – 2017. – N 3. – С. 15-23. – Текст : непосредственный.

**Информация об авторах:** В.Н. Феофанов – канд.психол.наук, доцент, [v-feofanov@yandex.ru](mailto:v-feofanov@yandex.ru), А.Н. Головина, [alfina.golovina@mail.ru](mailto:alfina.golovina@mail.ru)

**Information about the authors:** Vasilij N. Feofanov – Candidate of Psychological Sciences, Assistant Professor, [v-feofanov@yandex.ru](mailto:v-feofanov@yandex.ru), Alfina N. Golovina, [alfina.golovina@mail.ru](mailto:alfina.golovina@mail.ru)

### Анализ данных медико-социального исследования инвалидов по технологии трудоустройства и удовлетворенности инвалидов условиями трудовой деятельности

**М.В. Горяйнова<sup>1</sup>, Л.А. Карасаева<sup>1</sup>, И.В. Горяйнов<sup>1,2</sup>, И.Р. Мясников<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, 194044, Россия

<sup>2</sup>Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Санкт-Петербургу» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, 191014, Россия

**Аннотация.** *Актуальность.* В современной научной литературе достаточно широко освещены организационно-правовые аспекты профессиональной реабилитации и трудоустройства инвалидов. Вместе с тем, имеется сравнительно малое количество работ, посвященных

изучению клинико-экспертных, медико-социальных, социально-психологических и социально-средовых характеристик, влияющих на профессиональную реабилитацию инвалидов с выраженными нарушениями сенсорных функций [1;2].

*Цель.* Анализ данных по технологии трудоустройства и удовлетворенности условиями трудоустройства инвалидов с сенсорными нарушениями инвалидов в мероприятиях профессиональной реабилитации.

*Материалы и методы.* Анкеты по изучению потребности инвалидов трудоспособного возраста в мероприятиях профессиональной реабилитации. В основе выборки – метод направленного выбора. Методы исследования: анкетирование, интервьюирование, документальный, статистический.

*Результаты.* При осуществлении медико-социального исследования общий объем выборочной совокупности составил 119 респондентов. На момент проведения анкетирования респонденты исследуемых групп осуществляли трудовую деятельность. Полученные результаты анализа позволили выявить приоритетные показатели, оказывающие влияние на организацию специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов с выраженными сенсорными нарушениями.

*Выводы.* Анализ данных медико-социального исследования по технологии трудоустройства (в том числе на специальном рабочем месте) инвалидов с сенсорными нарушениями и удовлетворенности инвалидами условиями труда показал, что характерными показателями статуса инвалидов с сенсорными нарушениями являлись: возраст, образование, наличие рекомендаций по профессиональной реабилитации в индивидуальной программе реабилитации и/или абилитации инвалида, проведенные мероприятия по профессиональной ориентации и содействию в трудоустройстве, в том числе, на специальном рабочем месте; психологическое сопровождение, технические средства реабилитации, удовлетворенность условиями труда и специальным рабочим местом, периодичность пребывания в центрах реабилитации.

**Ключевые слова:** инвалиды, специальные рабочие места, профессиональная реабилитация.

### **Analysis of data from a medical and social study of disabled people on the technology of employment and satisfaction of disabled people with working conditions**

**M.V. Goryainova<sup>1</sup>, L.A. Karasaeva<sup>1</sup>, I.V. Goryainov<sup>1,2</sup>, I.R. Myasnikov<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>The Federal State Budgetary Institution «Saint – Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts» of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation, 194044, Russia

<sup>2</sup>Federal state Institution "Main Bureau of Medical and Social Expertise in St. Petersburg" of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation, 191014, Russia

**Abstract. Relevance.** In modern scientific literature, organizational and legal aspects of professional rehabilitation and employment of disabled people are widely covered. At the same time, there is a relatively small number of works devoted to the study of clinical-expert, medical-social, socio-psychological and socio-environmental characteristics that affect the professional rehabilitation of disabled people with severe sensory impairments [1;2].

*Aim.* Analysis of data on employment technology and satisfaction with the employment conditions of disabled people with sensory impairments in vocational rehabilitation activities.

*Materials and methods.* The object of the study is disabled people with impaired visual function and simultaneous impaired visual and hearing functions. Sources: «Questionnaire for the study of the needs of people with disabilities of working age in vocational rehabilitation activities». The sampling is based on the directional selection method. Research methods: questioning, interviewing, expert assessments, documentary, statistical.

*Results.* During the implementation of medical and social research, the total sample size was 119 respondents. At the time of the survey, the respondents of the studied groups were working. The results

of the analysis made it possible to identify priority indicators that influence the organization of special jobs for the employment of people with disabilities with severe sensory impairments.

*Conclusions.* An analysis of the data of a medical and social study on the technology of employment (including at a special workplace) of disabled people with sensory impairments and satisfaction with working conditions by disabled people showed that the characteristic indicators of the status of disabled people with sensory impairments were: age, education, availability of recommendations for vocational rehabilitation in individual program of rehabilitation and/or habilitation of a disabled person, measures taken for vocational guidance and employment assistance, including at a special workplace; psychological support, technical means of rehabilitation, satisfaction with working conditions and a special workplace, frequency of stay in rehabilitation centers.

**Key words:** disabled people, special jobs, vocational rehabilitation.

С целью изучения потребностей и удовлетворенности условиями трудоустройства инвалидов с сенсорными нарушениями в мероприятиях профессиональной реабилитации специально разработана оригинальная анкета, которая включала 34 учетных признака, в том числе: общие сведения (пол, возраст, семейное положение); медико-социальные данные: виды нарушенных функций организма (зрение и одновременное нарушение зрения и слуха), группа инвалидности, ее длительность, уровень образования, являющиеся основанием для определения потребности в реабилитационных мероприятиях; потребности в реабилитационных мероприятиях: нуждаемость в профессиональной ориентации и содействии трудоустройстве, в том числе на специальном рабочем месте (далее – СРМ); проведенные мероприятия профессиональной реабилитации: информирование по вопросам трудоустройства, профессиональную ориентацию, содействие в трудоустройстве, психологическую помощь, частоту пребывания в реабилитационных центрах; удовлетворенность СРМ и условиями труда.

При осуществлении медико-социального исследования общий объем выборочной совокупности составил 119 респондентов, из которых сформированы две группы исследуемых. Основную группу исследуемых (81 респондент) составили инвалиды, имеющие выраженные и значительно выраженные нарушения сенсорных функций (зрения, одновременного нарушения зрения и слуха) с ОСТД<sup>9</sup> второй степени, при которой трудовая деятельность осуществляется в специально созданных условиях с использованием вспомогательных технических средств. Группу сравнения (38 респондентов) составили инвалиды, имеющие умеренные нарушения сенсорных функций (зрения, одновременного нарушения зрения и слуха) с ОСТД первой степени, при которой трудовая деятельность осуществляется в обычных условиях труда при снижении квалификации, тяжести, напряженности и (или) уменьшении объема работы.

В основе выборки – метод направленного выбора.

На момент проведения анкетирования респонденты исследуемых групп осуществляли трудовую деятельность.

Распределение по полу показало, что в основной группе: 70,0 % (57) женщины, 30,0 % (24) – мужчины; в группе сравнения: 66,0 % (25) женщины, 34,0 % (13) мужчины.

По возрасту респонденты основной группы распределились следующим образом: 22,2 % (9) в возрасте 26-35 лет, 66,9 % (54) в возрасте 36-45 лет, 10,8 % (9) в возрасте 46-55 лет, 5,0 % (4) в возрасте 56-65 лет, 5,9 % (5) старше 65 лет. В группе сравнения по возрасту респонденты распределились следующим образом: 23,6 % (9) в возрасте 26-35 лет, 58,0 % (22) в возрасте 36-45 лет, 10,5 % (4) в возрасте 46-55 лет, 5,2 % (2) в возрасте 56-65 лет, 2,7 % (1) старше 65 лет.

По семейному положению в основной группе: 47,0 % (38) находились в браке, 53,0 % (43) в браке не состояли; в группе сравнения: 55,0 % (21) находились в браке, 45,0 % (17) в браке не состояли.

<sup>9</sup> Ограничения способности к трудовой деятельности.

Распределение по группам инвалидности в основной группе: 37,0 % (30) инвалиды I группы, 63,0 % (51) инвалиды II группы; в группе сравнения 100,0 % (38) инвалиды III группы.

Анализ основной группы показал, что 6,2 % (5) инвалидов имели инвалидность с детства, 7,4 % (6) от двух до пяти лет, 66,7 % (54) – от 5 до 10 лет, 19,7 % (16) более 10 лет. В группе сравнения 7,9 % (3) имели инвалидность с детства, 7,9 % (3) от двух до пяти лет, 68,4 % (26) от пяти до десяти лет, 15,8 % (6) более 10 лет.

По видам нарушенных функций в основной группе: 96,3 % (78) со стойкими нарушениями функции зрения, 3,7 % (3) с одновременным нарушением функции зрения и слуха; в группе сравнения 94,7 % (36) со стойкими нарушениями функции зрения, 5,3 % (2) с одновременным нарушением функции зрения и слуха.

Исследование показало, что в основной группе 56,7 % (46) респондентов имели высшее профессиональное образование, 23,5 % (19) – среднее специальное образование, 16,1 % (13) – общее среднее образование, 3,7 % (3) – неполное среднее образование.

В группе сравнения 55,3 % (21) имели высшее профессиональное образование, 44,7 % (17) – среднее специальное образование.

В основной группе после установления группы инвалидности 40,0 % (32) сменили сферу деятельности и трудоустроены не по профессии, 36,7 % (30) поменяли место работы, но вновь трудоустроены по профессии, 23,3 % (19) продолжают работать на прежнем рабочем месте.

В группе сравнения после установления инвалидности 42,1 % (16) респондентов сменили сферу деятельности и трудоустроены не по профессии, 50,0 % (19) поменяли место работы, но вновь трудоустроены по профессии, 7,9 % (3) продолжают трудиться на прежнем рабочем месте.

В основной группе и группе сравнения на вопрос о наличии индивидуальной программы реабилитации и/или абилитации инвалида (далее – ИПРА) 100,0 % респондентов ответили положительно. В основной группе 83,3 % (67) инвалидов имели в ИПРА рекомендации о нуждаемости в мероприятиях профессиональной реабилитации, 16,7 % (14) затруднились с ответом. В сравниваемой группе 52,6 % (20) имели рекомендации, 47,4 % (18) затруднились с ответом.

Из респондентов, имеющих рекомендации в ИПРА, в основной группе 80,0 % (53) имели рекомендации в профессиональной ориентации, у 20,0 % (14) рекомендаций нет; в группе сравнения рекомендаций о профессиональной ориентации у 45,0 % (9), затруднились с ответом 55,00 % (11).

В основной группе среди респондентов, имеющих рекомендации в ИПРА, 36,7 % (24) рекомендованы специально созданные условия труда, 60,0 % (41) рекомендовано СРМ, затруднились с ответом 3,3 % (2). В группе сравнения среди респондентов, имеющих рекомендации в ИПРА по профессиональной реабилитации 80,0 % (16) рекомендованы обычные условия труда с предоставлением соответствующих условий труда, 20,0 % (4) затруднились с ответом.

Информированием по вопросам трудоустройства, проводимым в учреждениях МСЭ в основной группе удовлетворены 79,0 % (64) респондентов, 21,0 % (17) затруднились с ответом, в группе сравнения положительно ответили 45,0 % (17), затруднились с ответом 55,0 % (21). Перед трудоустройством услуга по профессиональной ориентации в основной группе оказана 40,0 % респондентов (32), 60,0 % (49) затруднились с ответом, в группе сравнения 20,0 % (8) получили услугу, 80,0 % (30) затруднились с ответом. Психологическое сопровождение в основной группе было оказано 51,0 % (41), 29,0 % (23) не оказывалось, 20,0 % (17) затруднились с ответом; в группе сравнения 20,0 % (8) получили сопровождение, 80,0 % (30) затруднились с ответом. Услуга по сопровождению при содействии занятости в основной группе оказана 16,7 % (14), 33,0 % (27) – услуга не оказывалась, 50,0 % (40) затруднились с ответом; в группе сравнения 30,0 % (11) получили услугу, 70,0 % (27) затруднились с ответом. При организации занятости в основной группе 48,0 % (39) респондентам

оказывалась помощь волонтерами или представителями общественных организаций инвалидов, 21,0 % (17) не оказывалась, 30,0 % (25) затруднились с ответом. В группе сравнения 13,2 % (5) не оказывалась, 86,8 % (33) затруднились с ответом (Таблица 1).

Таблица 1 – Данные по оказанным инвалидам услугам

Вид оказанной услуги	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
Информирование по вопросам трудоустройства:				
оказывалась	64	79,0	17	45,0
не оказывалась	–	–	–	–
затруднение с ответом	17	21,0	21	55,0
Всего	81	100,0	38	100,0
Профессиональная ориентация:				
оказывалась	32	40,0	8	20,0
не оказывалась	–	–	–	–
затруднение с ответом	49	60,0	30	80,0
Всего	81	100,0	38	100,0
Психологическое сопровождение:				
оказывалась	41	51,0	8	20,0
не оказывалась	23	29,0	–	–
затруднение с ответом	17	20,0	30	80,0
Всего	81	100,0	38	100,0
Сопровождение при содействии занятости:				
оказывалась	14	16,7	–	–
не оказывалась	27	33,0	11	30,0
затруднение с ответом	40	50,0	27	70,0
Всего	81	100,0	38	100,0
Помощь волонтерами/ представителями общественных организаций инвалидов:				
оказывалась	39	48,0	–	–
не оказывалась	17	21,0	5	13,2
затруднение с ответом	25	30,0	33	86,8
Всего	81	100,0	38	100,0

Среди респондентов основной группы 43,3 % (35) трудились на обычном рабочем месте, 56,7 % (46) трудились на СРМ; в группе сравнения 90,0 % (34) трудятся на обычном рабочем месте, 10,0 % (4) затруднились с ответом. Из всех работающих на СРМ удовлетворены организацией и условиями на СРМ 71,4 % (32) опрошенных, 28,6 (14) затруднились с ответом. В основной группе используют на рабочем месте вспомогательные технические средства реабилитации (далее – ТСР) 53,3 % (43), не постоянно 46,7 %. В группе сравнения на рабочем месте вспомогательные ТСР не использовались. Среди респондентов основной группы использовались следующие ТСР: специальные компьютерные программы для слабовидящих – 36,7 % (30,0), увеличители – 53,3 % (43), лупы – 10,0 % (8) (Таблица 2).

Таблица 2 – Данные о видах ТСР, используемых инвалидами

ТСР	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
специальные компьютерные программы	30	36,7	–	–
увеличители	43	53,3	–	–
лупы	8	10,0	–	–
не использую	–	–	38	100,0
Всего	81	100,0	38	100,0

На вопрос об удовлетворенности своей работой в основной группе 71,6 % (58) респондентов ответили положительно, 28,4 % (23) ответили отрицательно; в группе

сравнения 47,0 % (18) ответили положительно, 50,0 % (19) ответили отрицательно, 3,0 % (1) затруднились с ответом.

Из всех респондентов основной группы 41,4 % (33) высказали желание профессионального роста на рабочем месте, 58,6 % (48) затруднились с ответом. Среди респондентов группы сравнения высказали желание профессионального роста на рабочем месте 68,8 % (26), затруднились с ответом 31,2 % (12).

Среди инвалидов основной группы 16,7 % (14) высказали желание о смене работы, 83,3 % (67) не планируют смену трудовой деятельности; в группе сравнения 47,0 % (18) планируют сменить работу, 53,0 % (20) не планируют.

Из респондентов, желающих сменить работу, в основной группе 90,0 % (12) указали, что причиной желаяния смены работы является неудовлетворенность уровнем оплаты труда, 10,0 % (2) причиной указали отдаленность работы от дома; в группе сравнения 75,0 % (14) указали, что причиной желаяния смены работы является неудовлетворенность уровнем оплаты труда, 8,0 % (1) не устраивал режим работы, 17,0 % (3) причиной указали отдаленность работы от дома.

По предпочтениям по продолжительности рабочей недели и условиям работы (на дому, по сменам и др.) в основной группе 26,7 % (21) хотели бы трудиться полный рабочий день и полную рабочую неделю, 23,3 % (19) неполный рабочий день и неполную рабочую неделю, 13,3 % (11) полный рабочий день и неполную рабочую неделю, 13,3 % (11) неполный рабочий день и полную рабочую неделю, 23,3 % (19) хотели бы трудиться на дому.

По предпочтениям по продолжительности рабочей недели и условиям работы (на дому, по сменам и др.) в группе сравнения 85,0 % (32) хотели бы трудиться полный рабочий день и полную рабочую неделю, 15,0 % (6) полный рабочий день и неполную рабочую неделю.

Важным звеном в процессе реабилитации и интеграции инвалидов по зрению являются центры социальной и медико-социальной реабилитации, в которых в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалидов оказываются услуги, необходимые в профессиональной деятельности: обучение пространственному ориентированию, основам персонального компьютера, чтению и письму по системе Брайля, подбору индивидуальных тифлотехнических средств реабилитации (трости, оптических средств и т.д.), психологическое консультирование [2;3]. Установлено, что в основной группе у 73,0 % (59) респондентов периодичность пребывания в центре реабилитации составляла 1 раз в год, у 17,0 % (14) респондентов 1 раз в два года, 10,0 % (8) не пребывали в центре реабилитации ни разу. Среди респондентов группы сравнения у 16,0 % (6) респондентов периодичность пребывания в центре реабилитации составляла 1 раз в год, у 40,0 % (15) респондентов 1 раз в два года, 44,0 % (17) не пребывали в центре реабилитации ни разу.

В основной группе 89,0 % (72) анкетизируемых знают, что такое ярмарка вакансий рабочих мест, 11,0 % (9) затруднились ответить на вопрос; в группе сравнения 75,0 % (28) знают, что такое ярмарка вакансий, 25,0 % (10) затруднились с ответом. Посещали ярмарки вакансий рабочих мест в основной группе 89,0 % (72) опрошенных инвалидов, 11,0 % (9) затруднились с ответом; в группе сравнения 75,0 % (28) посещали ярмарку вакансий, 25,0 % (10) затруднились с ответом.

По периодичности проведения ярмарок вакансий рабочих мест предпочтения респондентов основной группы распределились следующим образом: 86,0 % (69) – один раз в два месяца, 14,0 % (12) – 1 раз в три месяца; в группе сравнения 85,0 % (32) – два раза в год, 15,0 % (6) затруднились с ответом.

Таким образом, анализ данных медико-социального исследования по технологии трудоустройства инвалидов с сенсорными нарушениями и удовлетворенности инвалидами условиями труда показал, что характерными показателями статуса инвалидов с сенсорными нарушениями являлись: возраст, образование, наличие рекомендаций по профессиональной реабилитации в ИПРА, проведенные мероприятия по профессиональной ориентации и

содействию в трудоустройстве, в том числе, на СРМ; психологическое сопровождение, ТСП, удовлетворенность условиями труда и СРМ, периодичность пребывания в центрах реабилитации.

### Библиографический список

1. Карасаева, Л.А. Анализ потребности инвалидов в трудоустройстве на специальном рабочем месте в Российской Федерации и Санкт-Петербурге / Л.А. Карасаева, М.В. Горяйнова. – Текст : непосредственный // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2021. – Т. 24. – N 3. – С. 15-22. – DOI 10.17816/MSER64958.

2. Показатели потребности инвалидов в мероприятиях профессиональной реабилитации / М.В. Горяйнова, Л.А. Карасаева, А.А. Нурова [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2021. – Т. 24. – N 2. – С. 21-27. – DOI 10.17816/MSER65083.

**Информация об авторах:** М.В. Горяйнова – канд.мед.наук, [marinagoryainova@mail.ru](mailto:marinagoryainova@mail.ru), Л.А. Карасаева – д-р мед.наук, [ludkaras@yandex.ru](mailto:ludkaras@yandex.ru), И.В. Горяйнов – канд.мед.наук, [igoryaynov1983@yandex.ru](mailto:igoryaynov1983@yandex.ru), И.Р. Мясников, [ilyamyasnikov@gmail.com](mailto:ilyamyasnikov@gmail.com)

**Information about the authors:** M.V. Goryainova – Candidate of Medical Sciences, [marinagoryainova@mail.ru](mailto:marinagoryainova@mail.ru), L.A. Karasaeva – Doctor of Medical Sciences, [ludkaras@yandex.ru](mailto:ludkaras@yandex.ru), I.V. Goryainov – Candidate of Medical Sciences, [igoryaynov1983@yandex.ru](mailto:igoryaynov1983@yandex.ru), I.R. Myasnikov, [ilyamyasnikov@gmail.com](mailto:ilyamyasnikov@gmail.com)

## Создание рабочих мест для лиц с расстройством аутистического спектра и благоприятных условий для их трудовой деятельности

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

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Москва, 127486, Россия

**Аннотация:** В статье отражены основные проблемные аспекты трудоустройства лиц с расстройством аутистического спектра (РАС), приводятся статистические данные о количестве лиц с РАС в общем накопленном контингенте инвалидов.

**Цель статьи:** представить практические рекомендации по организации рабочего места для лиц с РАС, в том числе с графическими примерами обустройства рабочего места и дизайна дополнительных помещений (комнат отдыха), указанием необходимого оборудования. Статья носит практико-ориентированный характер, и может быть востребована специалистами, занимающимися вопросами трудоустройства лиц с РАС, а также работодателями.

**Ключевые слова:** организация рабочих мест; сенсорный интерьер; инклюзивный интерьер; ментальные нарушения; доступная среда; маломобильная группа населения; адаптация помещений; лица с РАС.

## Creation of jobs for people with autism spectrum disorder and favorable conditions for their work

**Oksana G. Strukova, Elena V. Morozova, Eugenia V. Zhukova, Karina A. Petrova, Anna A. Golubenko**

The Federal State Budgetary Institution «Federal Bureau of Medical and Social Expertise» of the Ministry of labour and social protection of the Russian Federation, Moscow, 127486, Russia

**Abstract.** The article reflects the main problematic aspects of employment of persons with autism spectrum disorder (ASD), provides statistical data on the number of persons with disabilities with ASD in the total accumulated contingent of disabled people. The purpose of the article: to provide practical recommendations on the organization of the workplace for people with ASD, including graphic examples of the arrangement of the workplace and additional rooms (rest rooms),

indicating the necessary equipment, its design. The article is practice-oriented in nature, and may be in demand by specialists dealing with the employment of persons with ASD and employers.

**Keywords:** workplace organization; sensory interior; inclusive interior; mental disorders; accessible environment; low mobility group of the population; adaptation of premises; people with ASD.

В настоящее время проблема трудовой занятости инвалидов с нарушением психического функционирования является особенно актуальной, так как проводимая Российской Федерацией политика в отношении трудоустройства данной категории инвалидов открывает для них возможности включения значительного их числа, в сферу общественного производства. Как показывает анализ, большинство лиц, признанных инвалидами вследствие психических нарушений не утрачивает полностью способности к трудовой деятельности и может осуществлять ее при создании для них специальных и благоприятных условий. Касается это и лиц с расстройствами аутистического спектра.

Расстройства аутистического спектра (далее – РАС) – это группа неврологических расстройств, характеризующаяся нарушением способности к установлению и поддержанию социального взаимодействия и социальной коммуникации, а также ограниченностью интересов и повторяющимися действиями [5].

Инвалиды с психическими нарушениями в возрасте 18 лет и старше по состоянию на 01 января 2022 года в структуре накопленной инвалидности взрослого населения занимают 3 ранговое место. Среди них: 2,6 тыс. человек (0,2 %) – лица с РАС. В будущем, прогнозируется значительное увеличение количества инвалидов с РАС среди взрослого населения за счет постоянного увеличения детей-инвалидов с РАС [7].

В связи с этим, необходим поиск новых подходов к трудоустройству инвалидов с РАС, созданию для них специальных рабочих мест и благоприятных условий с учетом их психологических особенностей и трудностей социальной коммуникации.

Анализ нормативных и правовых документов показал, что для инвалидов с РАС создаются такие же условия и предоставляются те же льготы, как и для других инвалидов, но при этом ни один нормативный документ не дает рекомендаций по созданию условий для организации труда инвалидов с РАС. Например, в приказе Минтруда России от 19 ноября 2013 N 685н «Об утверждении основных требований к оснащению (оборудованию) специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений их жизнедеятельности», не содержится никаких указаний по оснащению рабочих мест для инвалидов с нарушением психических функций и расстройств поведения, включая РАС.

Вместе с тем, психологические особенности лиц с РАС обуславливают необходимость их учета при создании рабочих мест и благоприятных условий для их трудовой деятельности. Для лиц с РАС характерны три особенности, которые называют триадой нарушений при аутизме. К этой триаде относятся:

- нарушения в области социального взаимодействия;
- качественные нарушения коммуникации;
- ограниченные повторяющиеся и стереотипные шаблоны поведения, а также интересы и активности [1].

Для данной категории лиц характерны сложности с распознаванием или пониманием эмоций и чувств других, а также в выражении своих собственных эмоций и чувств. В этой связи они могут испытывать дополнительные трудности в социальных ситуациях, такие как:

- не понимать «неписанные» социальные правила, которые большинство людей усваивают неосознанно (например, они могут стоять слишком близко к другому человеку или начинать разговор с неуместной темой);
- казаться бесчувственными, потому что они могут не понимать, что чувствует другой человек;
- предпочитают проводить время в одиночестве и не искать общества других людей;



- не способны обратиться к другим людям за помощью т.д.

Язык тела чаще всего лицам с РАС недоступен. Также стоит отметить, что многие из них понимают и речь буквально, не видя подтекст и переносный смысл сказанного. Все это связано с трудностями восприятия вербальной и невербальной коммуникации.

Люди с аутизмом могут испытывать трудности в понимании:

- выражения лица и интонации;
- шуток и сарказма;
- идиом и поговорок (например, словосочетание «водить за нос» будет понято буквально) [1].

Вследствие этого, несомненно, могут возникать трудности с усвоением должностных инструкций и правил внутреннего трудового распорядка, а также, связанные с длительным нахождением в помещении совместно с другими сотрудниками и т.д. Таким образом, важным аспектом создания рабочего места для лиц с РАС будет организация доступной для них среды.

Доступная среда на рабочем месте для сотрудника с РАС с целью обеспечения улучшения качества выполняемой работы, повышения уровня социальной адаптации и интеграции в трудовой коллектив должна организовываться с учетом принципов универсального дизайна:

- среда должна быть сформирована с равными условиями для каждого;
- дизайн должен быть гибким с точки зрения восприятия (его организация должна быть адаптирована к темпу каждой категории пользователей);
- дизайн должен быть интуитивным и легко понятным для всех;
- пространство должно обеспечивать ясный путь перемещения для всех пользователей;
- допустимость ошибки использования объектов дизайна должна быть минимальной [3].

Интерьер помещений для трудоустройства лиц с РАС должен быть функциональным, современным, в то же время удобным и безопасным, что также относится к принципу универсального дизайна «гибкость с точки зрения восприятия».

Также при организации рабочего места для сотрудника с РАС необходимо учитывать следующие условия:

1. Осуществление четкой сортировки предметов, необходимых для выполнения рабочей операции или обучения соответствующему навыку.
2. Предоставление специально организованного пространства для работы и обучения.
3. Обеспечение доступного расположения предметов на рабочем месте, которые при этом должны быть в минимальном количестве.
4. Обеспечение отсутствия в данном пространстве предметов, не имеющих отношения к выполняемой работе и получаемому навыку, во избежание лишних стимулов способных легко привлечь внимание сотрудника с РАС и сделать процесс работы или получения профессионального навыка менее эффективным.
5. Создание видимого отличия предметов, необходимых для выполнения рабочей операции или обучения требуемому навыку сотрудника с РАС, от других объектов (например, выделение отличающимся цветом всех инструментов для работы с конкретной операцией по отношению к другим, не используемым в данной операции).
6. Избегание на рабочем месте отвлекающих стимулов, таких как: шумные коридоры, громкие звуки с улицы (близость расположения к окнам), различные предметы, не имеющие отношения к рабочему процессу.
7. Расположение материалов, необходимых для выполнения работы или обучения навыку, в непосредственной близости от рабочего места (специальные системы хранения: стеллажи, полки и др.).
8. Обеспечение маркировки (коробки, папки и др.) при хранении инструментов и материалов, необходимых для рабочего процесса или для обучения определенному навыку.

Рабочее место такого сотрудника должно быть расположено наиболее удалено от источников шума и зрительных раздражителей или модернизировано таким образом, чтобы избежать наличие данных раздражителей. Необходимо учитывать, что лица с РАС обладают обостренными чувствами. Соответственно, если их рабочее место находится рядом с местом отдыха, предназначенным и для других сотрудников, то фон, создаваемый отдыхающими во время перерыва, для сотрудника с РАС может быть оглушительным, прерывающим его мысли, мешающим сосредоточиться на работе и даже раздражающим [8].

Наличие посторонних предметов, не имеющих отношения к выполнению рабочих функций в зоне рабочего пространства, должно быть минимизировано.

Помещение по возможности должно быть максимально просторным для обеспечения сотруднику с РАС свободы передвижения, но в то же время данные передвижения не должны беспокоить и отвлекать остальных сотрудников.

При условии работы сотрудника с РАС в непосредственной близости с другими работниками или в офисе, имеющем открытую планировку, не зависимо от вида выполняемой работы (работа на ПК, сборка изделий, комплектация, сортировка и др.), необходимо разграничение рабочей зоны с помощью шумопоглощающих перегородок (Рисунок 1), блокирующих визуальные и звуковые раздражители.



Рисунок 1 – Примерная схема организации рабочих мест для сотрудников с РАС

Для обеспечения комфортного ориентирования в пространстве лицам с РАС необходимы визуальные (символ, цвет, форма, линия) и тактильные ориентиры. Рабочая территория должна быть разделена на функциональные зоны с идентификацией по назначению используемых помещений. (Рисунки 2, 3).



Рисунок 2 [6]



Рисунок 3 [6]

Для сотрудников с РАС важна определенность, им необходимо упорядоченное размещение рабочих материалов, изделий, используемых при выполнении рабочих функций, четкое расписание.

Согласно принципу универсального дизайна – «гибкость дизайна с точки зрения восприятия, эффективно оповещающего пользователя независимо от сложившихся условий окружающей среды и индивидуальных особенностей восприятия пользователя» – необходима организация разграничения пространства, оборудование рабочего места сотрудника с РАС функциональными системами хранения – шкафами с достаточным количеством полок, ящиков, секций, стеллажами; настольными органайзерами для хранения бумаг, изделий и др.; магнитно-маркерными досками для размещения информации по планированию действий сотрудника с РАС на протяжении рабочего дня (Рисунок 1) [2].

Одним из немаловажных моментов при адаптации рабочего места сотрудника с РАС является правильная организация освещения. Необходимо исключить яркий флуоресцентный свет, возникновение бликов, мигающие лампочки, резко двигающиеся объекты, интенсивное, мерцающее, разноцветное освещение, которое может вызвать у лиц с РАС тревожность, и даже спровоцировать эмоциональный срыв (мелтдаун, аутистическую истерику). В качестве альтернативы может применяться регулируемое освещение с приглушенными цветными лампами [6].

Согласно принципу универсального дизайна – «допустимость ошибки», инклюзивный дизайн должен обеспечивать максимально безопасное использование пространства, сводя к минимуму факторы риска и опасности непреднамеренных действий. В этой связи при организации рабочего места сотрудника с РАС необходимо минимизировать возможность возникновения опасных и негативных последствий непреднамеренных или случайных действий данного работника.

Также необходимо учитывать свойства вестибулярного аппарата и проприорецепции сотрудника с РАС, при которых могут возникать трудности с избеганием препятствий, сложности с мелкой моторикой, с соблюдением необходимой дистанции с окружающими предметами (людьми). В связи с возможными непредсказуемыми реакциями сотрудника с РАС на различные внешние раздражители, нужно помнить о безопасности и эргономике. Поэтому при организации рабочего пространства расстановка мебели должна быть рациональной, необходимо использовать безопасные материалы: мягкие текстуры, гладкие поверхности, а также избегать острых углов в окружающих элементах интерьера при нарушении у лиц с РАС осязания (кинестетического восприятия), сопровождаемого повышенным болевым порогом, либо наоборот – получением болевых ощущений от любого прикосновения.

Цветовое решение интерьера для сотрудника с РАС также очень важно. «Сенсорный интерьер» рабочего помещения сотрудника с РАС должен быть разработан в определенной цветовой гамме. Цвет для таких сотрудников может стать как сильно мотивирующим, так и успокаивающим инструментом-помощником в рабочем процессе. Исходя из этого рекомендуется использовать систему цветовых кодов для папок, проектов или отдельных дел, а также органайзеры рабочего места сотрудника с РАС [8].

Инклюзивный интерьер должен быть создан в спокойных тонах, с применением матовых поверхностей. Успокаивающее действие на лиц с РАС оказывают приглушенные тона. Предпочтительными являются зеленые, синие и розовые цветовые гаммы:

- оттенки синего способствуют расслаблению нервной системы, подавлению возбудимости;
- оттенки зеленого действуют, как болеутоляющее и могут использоваться для снижения нервного переутомления;
- оттенки розового цвета способствуют снятию переутомления, перенапряжения.

Обилие ярких цветов в месте, где будет работать сотрудник с РАС, не допустимо, насыщенные цвета можно использовать на единичных предметах, так называемых

акцентных пятнах, но основной фон помещения должен быть выполнен в светлых, спокойных оттенках [3]. Использование белого цвета возможно, но с ограничениями. Несмотря на то, что данный цвет считается нейтральным, он может вызвать у лиц с РАС негативные эмоции, связанные с посещением врачей, интерьером больничной палаты и др.

Элементы декора офисного интерьера (настенные украшения, шторы, декоративные элементы и др.) не должны быть в избытке и слишком выделяться. Рекомендуется использование затемняющих ярких дневной свет штор, жалюзи (Рисунок 1). Офисная мебель должна иметь упрощенный и практичный дизайн.

Для рациональной организации рабочего пространства сотрудника с РАС помимо помещения для выполнения работы необходимо наличие комнаты отдыха.

В связи с возможным возникновением из-за сенсорной перегрузки (мелтдауна) у сотрудника с РАС, необходимо предусмотреть наличие, так называемой, «тихой комнаты» (помещения)» (Рисунок 4). Согласно «Рекомендациям по созданию инклюзивной среды на мероприятиях с участием людей с РАС» (А.С. Стейнберг, А.Л. Восков), данная комната должна быть изолирована от внешних шумов, иметь приглушенное успокаивающее освещение, мягкие напольные кресла-подушки или другие удобные предметы мебели, на которых сотрудник с РАС может расслабившись сидеть или лежать.

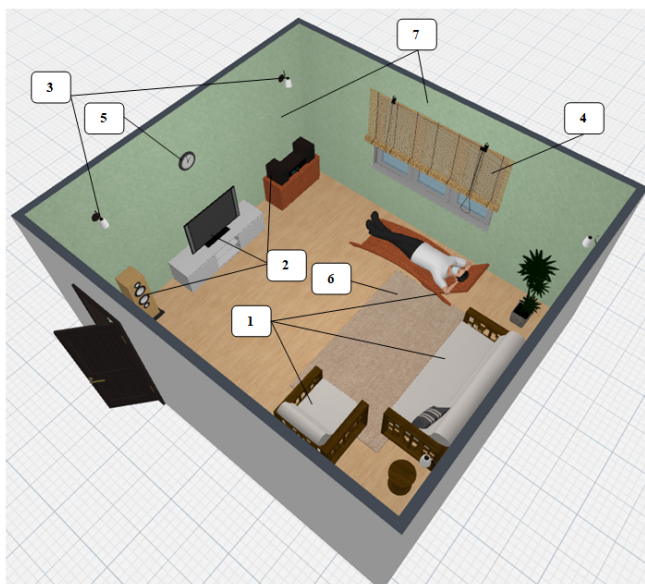


Рисунок 4 – Комната отдыха (снятия сенсорного напряжения) сотрудников с РАС

Также при разработке рабочего места для лиц с РАС рекомендуется применение вспомогательных средств согласно «ГОСТ Р ИСО 9999-2019. Национальный стандарт Российской Федерации. Вспомогательные средства для людей с ограничениями жизнедеятельности. Классификация и терминология» [3].

В данные стандарты включены вспомогательные средства, самостоятельно используемые людьми с ограничениями жизнедеятельности или требующие помощи других людей для их эксплуатации (Таблица 1) [3].

Также для снятия сенсорного напряжения в «тихой комнате» возможна установка:

- телевизора с дополнительным оборудованием, обеспечивающим трансляцию расслабляющих видеороликов;
- музыкальных систем (магнитофона, музыкального центра и др.) для воспроизведения спокойной, легкой, фоновой, с отличительной особенностью глубины и мягкости звука музыки, успокаивающих звуков природы.

На двери комнаты следует разместить табличку о недопустимости беспокоить сотрудников с РАС в период саморегуляции, а также обозначить ее на плане здания для быстрого нахождения лицами с РАС данного помещения.

Таблица 1 – Пример перечня оборудования комнаты отдыха

Обозначения на рисунке 4 (№)	Наименование	Код ГОСТ ИСО 9999-2019
1	Мягкая мебель для отдыха	18 09 03 18 09 21
2	Видео и аудио- системы с возможностью воспроизведения звуковых и видео - файлов для снятия эмоциональных нагрузок	22 18 15 28 24 21 28 24 24
3	Светильники (настенные, с регулятором яркости освещения)	18 06 03 27 03 15
4	Шторы, жалюзи (затемняющие)	-
5	Часы настенные	22 27 12
6	Мягкое напольное покрытие	-
7	Звукопоглощающие материалы для стен	27 03 09

«Тихую комнату» необходимо расположить в месте, удаленном от оживленного рабочего процесса или помещений, где регулярно находится большое количество людей (сотрудников, посетителей).

На основании проделанной работы, можно сделать вывод о необходимости создания благоприятных условий для трудовой деятельности лиц с РАС, что несомненно будет способствовать улучшению качества выполнения сотрудником с РАС возложенных на него рабочих функций.

Организация тихого рабочего места, наличие возможности уменьшить освещение или сделать короткий перерыв в комнате отдыха, где больше никого нет, когда сотруднику с РАС нужно прийти в себя – это те условия, которые помогут повысить эффективность работы сотрудников данной категории.

Описанные выше приемы адаптации окружающего рабочего пространства позволят сотрудникам с РАС максимально использовать предметно-пространственную среду в трудовом процессе избегая физического и психического дискомфорта.

Таким образом, рассмотренные принципы универсального дизайна проектирования интерьеров рабочих мест для лиц с РАС способствуют регулированию продуктивности, рационализации рабочего процесса, а также достижению наиболее успешной профессионализации и социальной интеграции данной категории лиц.

#### Библиографический список

1. Бейлезон, С.В. Пособие по сопровождению людей с РАС и другими нарушениями интеллектуального развития в процессе общественно-полезной дневной трудовой занятости / С.В. Бейлезон, Н.П. Петровская. – 2-е изд. – М. : 2017. – 48 с. – Текст : непосредственный.
2. Виноградова, Е.А. Вместе к самостоятельной жизни : Опыт работы Центра лечебной педагогики и дифференцированного обучения Псковской области / Е.А. Виноградова, Е.А. Зуева, А.Г. Нестерова, А.М. Царёв ; под ред. А.М. Царёва. – Псков : ПОИПКРО, 2014. – 161 с. – Текст : непосредственный.
3. ГОСТ Р ИСО 9999-2019. Национальный стандарт Российской Федерации. Вспомогательные средства для людей с ограничениями жизнедеятельности. Классификация и терминология. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/1200167701> (дата обращения: 02.11.2022). – Текст : электронный.
4. Давыдова, Е.М. Принципы универсального дизайна как основа формирования профессиональных компетенций дизайнеров / Е.М. Давыдова, В.Ю. Радченко, О.С. Радченко. –

Текст : электронный // Филологические науки. Вопросы теории и практики. – 2016. – N 4-1(58). – С. 186-190. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=25663281> (дата обращения: 02.11.2022).

5. Лебедева Е. Расстройство аутистического спектра : Аутизм. Энциклопедия. – URL: [https://encyclopedia.autism.help/terms/rasstroistvo\\_autisticheskogo\\_spectra](https://encyclopedia.autism.help/terms/rasstroistvo_autisticheskogo_spectra) (дата обращения: 01.11.2022). – Текст : электронный.

6. Программы сопровождаемого трудоустройства для людей с РАС и / или интеллектуальными нарушениями : обзор российского и международного опыта. 2020–2021 : Фонд «Обнаженные сердца». – URL: <https://nakedheart.online/articles/obzor-situatsii-soprovozhdaemym-trudoustroistvom-ludei-s-ras-i-intellektualnymi-narusheniyami> (дата обращения: 01.11.2022). – Текст: электронный.

7. Состояние и динамика инвалидности, комплексная реабилитация и абилитация инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации : ежегодный доклад / Под ред. М.А. Дымочки. – М. : ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, 2022. – 432 с., ил.

8. Струкова, О.Г. Реализация принципов универсального дизайна при организации сопровождаемого проживания инвалидов с расстройствами аутистического спектра / О.Г. Струкова, Е.В. Морозова, Е.В. Жукова [и др.]. – Текст : непосредственный // Состояние и перспективы развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов – 2021: сборник материалов и докладов III Межрегиональной конференции (25 ноября 2021) / под ред. М.А. Дымочки ; ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России. – Москва : ООО «Канцлер», 2020. – 366 с.

**Информация об авторах:** О.Г. Струкова – канд.мед.наук, [strukova\\_og@fbmse.ru](mailto:strukova_og@fbmse.ru), Е.В. Морозова – канд.психол.наук, [elvamorozova@yandex.ru](mailto:elvamorozova@yandex.ru), Е.В. Жукова, [egeni69@bk.ru](mailto:egeni69@bk.ru), К.А. Петрова, [i@petrovakarina.ru](mailto:i@petrovakarina.ru), А.А. Голубенко, [anna-golubenko@yandex.ru](mailto:anna-golubenko@yandex.ru)

**Information about the authors:** Oksana G. Strukova – Candidate of Medical Sciences, [strukova\\_og@fbmse.ru](mailto:strukova_og@fbmse.ru), Elena V. Morozova – Candidate of Psychological Sciences, [elvamorozova@yandex.ru](mailto:elvamorozova@yandex.ru), Eugenia V. Zhukova, [egeni69@bk.ru](mailto:egeni69@bk.ru), Karina A. Petrova, [i@petrovakarina.ru](mailto:i@petrovakarina.ru), Anna A. Golubenko, [anna-golubenko@yandex.ru](mailto:anna-golubenko@yandex.ru)

## **Система адресной комплексной реабилитации пострадавшим на производстве в Удмуртской Республике: правовые и организационные аспекты**

**Е.Д. Мухаметгалева, Ю.А. Дьяконова, А.А. Беляева, М.В. Маркова**

Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Удмуртской Республике» Минтруда России, г. Ижевск, 426008, Россия

**Аннотация.** В статье рассматривается опыт межведомственного взаимодействия ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» Минтруда России с ГУ – РО Фонда социального страхования Российской Федерации по Удмуртской Республике по вопросам профессиональной реабилитации пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, направленного на реализацию системы адресной комплексной реабилитации с целью интеграции пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в трудовую деятельность и общественную жизнь.

**Ключевые слова:** программа реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, комплексная реабилитация пострадавших на производстве, профессиональная реабилитация, профессиональная ориентация, служба реабилитационного менеджмента, психолого-медико-педагогическая комиссия.

## **The system of targeted comprehensive rehabilitation of victims at work in the Udmurt Republic: legal and organizational aspects**

**E.D. Mukhametgaleeva, Yu.A. Diakonova, A. A. Belyaeva, M. V. Markova**

Federal State Institution "Main Bureau of Medical and Social Expertise for the Udmurt Republic" of the Ministry of Labor of Russia" Ministry of Labor of Russia Izhevsk, 426008, Russia

**Abstract.** The article examines the experience of interdepartmental interaction of the Federal State Institution "GB ITU for the Udmurt Republic" of the Ministry of Labor of Russia with the State Social Insurance Fund of the Russian Federation for the Udmurt Republic on the issues of vocational rehabilitation of victims of industrial accidents and occupational diseases, aimed at implementing a system of targeted comprehensive rehabilitation for the integration of victims of industrial accidents and occupational diseases in the workplace and public life.

**Key words:** rehabilitation program of the victim as a result of an accident at work and occupational disease, comprehensive rehabilitation of victims at work, professional rehabilitation, professional orientation, rehabilitation management service, psychological, medical and pedagogical commission.

Реабилитация пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний имеет большое социально-экономическое значение, так как касается состояния здоровья трудоспособной части населения Российской Федерации. Государственная политика направлена на совершенствование системы комплексной реабилитации пострадавших на производстве, включающей медицинский, социальный и профессиональный аспекты реабилитации.

Комплексная реабилитация пострадавших на производстве – «система мероприятий медицинской, социальной и профессиональной реабилитации, предполагающая проведение непрерывного цикла многоуровневого реабилитационного процесса, направленного на физическое и психологическое восстановление здоровья пострадавшего на производстве, уменьшение степени утраты профессиональной трудоспособности, достижение его максимально возможной социальной и экономической независимости путем интеграции в бытовую жизнь и трудовую деятельность» [1].

Федеральным законом от 24 июля 1998 N125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее – Закон N 125-ФЗ) установлен порядок возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью работника при выполнении им трудовых обязанностей в рамках трудового договора и в иных предусмотренных законом случаях[8]. Положения главы 2 Закона N 125-ФЗ «Обеспечение по страхованию» регламентируют право пострадавших на получение компенсационных выплат, в частности в статье 8 определены виды обеспечения по страхованию, в том числе оплата дополнительных расходов, связанных с медицинской, социальной и профессиональной реабилитацией пострадавшего при наличии прямых последствий страхового случая [Там же].

В соответствии с приказом Минтруда России от 30 сентября 2020 N 687н «Об утверждении критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (начало действия документа – 01 июля 2021) определяется «степень утраты профессиональной трудоспособности, исходя из последствий повреждения здоровья вследствие несчастного случая на производстве или профессионального заболевания с учетом имеющихся у пострадавшего профессиональных способностей, психофизиологических возможностей и профессионально значимых качеств, позволяющих продолжать выполнять профессиональную деятельность, непосредственно предшествующую несчастному случаю на производстве или профессиональному заболеванию, того же содержания и в том же объеме либо с учетом снижения квалификации, уменьшения объема (тяжести) выполняемой работы и/или необходимости создания дополнительных условий доступности для выполнения профессиональной деятельности путем изменения условий труда, оснащения (оборудования) специального рабочего места» [3].

Следует подчеркнуть, что посредством последовательного осуществления мероприятий по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации достигается главная цель реабилитации – экономическая независимость и профессиональная реинтеграция пострадавших на производстве.

Социальная реабилитация – это «комплекс мер, направленных на восстановление способности человека к жизнедеятельности в социальной среде, на восстановление личного и профессионального статуса человека для полной интеграции в общество. Это многоуровневая, этапная и динамическая система взаимосвязанных действий, направленных на восстановление человека в правах, статусе, здоровье, дееспособности в социуме» [1].

Для реализации системы адресной комплексной реабилитации в ГУ-РО Фонда социального страхования Российской Федерации по Удмуртской Республике (далее – ГУ-РО ФСС РФ по УР) создана служба реабилитационного менеджмента, в рамках которой осуществляется планирование, координирование и целенаправленное активное сопровождение медицинской реабилитации и комплекса услуг по интеграции застрахованного лица в трудовую деятельность и общественную жизнь.

Реабилитационный менеджер осуществляет личный контакт с пострадавшим на производстве (его законным представителем) на протяжении всего процесса комплексной реабилитации пострадавшего на производстве и последующего его трудоустройства, а также осуществляет непрерывное взаимодействие с пострадавшим, страхователем, медицинскими организациями и другими участниками реабилитационного процесса с целью разработки программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания (далее – ПРП), определения реабилитационного и трудового прогноза, заключения договора на оплату лечения, решения вопроса последующего трудоустройства, определения видов и объема реабилитационных мероприятий, определения нуждаемости в отдельных средствах реабилитации, определение сроков проведения медицинской реабилитации.

Правовым основанием для обеспечения пострадавшего реабилитационными мероприятиями является разработанная федеральным учреждением медико-социальной экспертизы (далее – учреждения МСЭ) ПРП, утвержденная приказом Минтруда России от 30 декабря 2020 N 982н «Об утверждении формы программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания и порядка ее составления» (далее – приказ N 982н) (начало действия документа – 01 июля 2021) [4].

По данным ГУ – РО ФСС по УР по состоянию на 01 января 2022 года численность работающих граждан трудоспособного и пенсионного возраста в Удмуртской Республике составила 499 896 человек. Количество работников, занятых во вредных и опасных условиях труда – 121 107 человек (24 %).

В 2021 году показатели первичной инвалидности вследствие производственных травм с учетом возраста в Удмуртской Республике среди инвалидов молодого возраста (50,0 %) превышают показатели Приволжского федерального округа (далее – ПФО) (42,9 %) и Российской Федерации (далее – РФ) (43,0 %). Во всех возрастных группах преобладают инвалиды III группы (75 %), что выше, чем в ПФО (67,0 %) и РФ (70,7 %).

Согласно приказу N 982н ПРП составляется на шесть месяцев, один год или два года, либо на срок, не требующий переосвидетельствования, в период временной нетрудоспособности при тяжелых травмах до установления степени утраты профессиональной трудоспособности [4].

При формировании ПРП до выявления признаков стойкой утраты профессиональной трудоспособности, в случае определения нуждаемости пострадавшего в отдельных видах реабилитации по прямым последствиям несчастного случая на производстве и профессионального заболевания (в период временной нетрудоспособности пострадавшего) специалисты МСЭ определяют нуждаемость пострадавшего в мероприятиях по реабилитации) [Там же].



По данным ГУ-РО ФСС РФ по УР за период с 2019-2021 годы 64 % пострадавших продолжили трудовую деятельность без установления степени утраты профессиональной трудоспособности.

Непосредственно после тяжелого несчастного случая с застрахованным лицом начинает работать реабилитационный менеджер, как правило, с медицинским образованием. В рамках проекта для каждого пострадавшего разрабатывается индивидуальный план комплексной реабилитации, который включает:

- медицинскую реабилитацию – лечение пострадавшего на производстве в медицинских организациях (стационарное, амбулаторное), в том числе в организациях, оказывающих санаторно-курортные услуги;

- профессиональную реабилитацию – предоставление услуг по профориентации, поиску и подбору вакансий, обучению новой специальности, содействию в трудоустройстве.

Пример успешного получения образования и дальнейшего рационального трудоустройства пострадавшего на производстве. Гражданин Р., работая помощником бурильщика, получил производственную травму, лишившись пальцев на одной руке. Понимая тот факт, что продолжать трудовую деятельность по рабочей специальности будет теперь невозможно, по рекомендации реабилитационного менеджера он получил государственную услугу по профессиональной ориентации в целях выбора сферы деятельности (профессии) и трудоустройства в государственное учреждение службы занятости населения (далее – центр занятости населения).

На основании заключения специалиста по профориентации при установлении степени утраты трудоспособности и разработке ПРП гражданину Р. было рекомендовано пройти профессиональное обучение по специальности «Нефтегазовое дело» на базе ФГБОУ ВО «Удмуртский государственный университет» (далее – УДГУ). В соответствии с рекомендациями, указанными в ПРП гражданина Р., ГУ-РО ФСС РФ по УР был заключен договор с УДГУ на обучение гражданина Р. на платной основе в данном образовательном учреждении. После получения профильного образования по программе бакалавриата в УДГУ гражданину Р. удалось устроиться на работу старшим мастером по ремонту скважин. С этого момента по настоящее время данный гражданин не обращался в ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» Минтруда России с целью разработки ПРП.

По данным ГУ-РО ФСС РФ по УР в период с 2000 года по настоящее время 20 человек, пострадавших на производстве, прошли обучение за счет средств ГУ-РО ФСС РФ по УР. Из них: 10 человек получили высшее образование и 10 человек – среднее профессиональное образование; 60 % трудоустроены и продолжают работу по рекомендованной или вновь полученной специальности, о 40 % информация о их месте работы отсутствует.

При завершении периода временной нетрудоспособности пострадавшего при наличии оснований по прямым последствиям несчастного случая на производстве и необходимости определения степени утраты профессиональной трудоспособности врачебная комиссия медицинской организации направляет гражданина на медико-социальную экспертизу (МСЭ).

По результатам проведения МСЭ специалисты учреждений МСЭ разрабатывают ПРП и выдают заключение об определении нуждаемости пострадавших в мероприятиях реабилитации по прямым последствиям страховых случаев.

Одним из реабилитационных мероприятий в ПРП является заключение о нуждаемости в профессиональном обучении, получении дополнительного профессионального образования.

В статье 43 Конституции Российской Федерации гарантировано право каждого гражданина Российской Федерации на доступное образование. Кроме того, положениями Закона N 125-ФЗ пострадавшим на производстве гарантировано обеспечение по страхованию на профессиональное обучение и получение дополнительного профессионального образования [8].

Согласно пункту 13 статьи 2 Федерального закона от 29 декабря 2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (далее – Закон N 273-ФЗ) профессиональное обучение – «вид образования, который направлен на получение обучающимися знаний, умений, навыков

и формирование компетенций, необходимых для выполнения определенных трудовых, служебных функций (определенных видов трудовой, служебной деятельности, профессий)» [9]. В соответствии с частями 1, 2 статьи 76 Закона N 273-ФЗ «дополнительное профессиональное образование направлено на удовлетворение образовательных и профессиональных потребностей, профессиональное развитие человека, обеспечение соответствия его квалификации меняющимся условиям профессиональной деятельности и социальной среды» и «осуществляется посредством реализации дополнительных профессиональных программ (программ повышения квалификации и программ профессиональной переподготовки)» [Там же].

При проведении МСЭ с личным присутствием гражданина в целях выбора сферы деятельности (профессии), трудоустройства, получения профессионального обучения, а также выбора профессии, не причиняющей вреда здоровью и наиболее соответствующей индивидуальным возможностям гражданина, его интересам, мотивам рекомендуется проведение профессиональной ориентации.

С целью выявления профессионально значимых качеств пострадавшего на производстве для получения профессионального обучения, переобучения, трудоустройства во время проведения очной экспертно-психологической диагностики с оценкой психической деятельности психологи учреждения МСЭ выявляют профессиональные предпочтения, склонности и интересы к определенной профессиональной сфере посредством беседы, дифференциально – диагностического опросника Е.А. Климова, опросника «Профориентир» (компьютерный вариант).

При проведении экспериментального психологического обследования пострадавшего на производстве психологи проводят оценку его мотивационной сферы с целью определения индивидуальных особенностей личности и её реабилитационного потенциала. Кроме того, они определяют какими знаниями, умениями, навыками, позволяющими вести профессиональную деятельность, владеет пострадавший на производстве.

При этом, необходимо отметить, что проведение экспериментального психологического обследования с применением тестов невозможно при заочном проведении МСЭ пострадавшего на производстве, что, в свою очередь, затрудняет процесс дифференцированного подхода к определению его нуждаемости в профессиональной реабилитации и в профессиональном обучении.

Специалисты медико-социальной экспертизы при невозможности сделать вывод о необходимости профессионального обучения, получения дополнительного профессионального образования составляют программу дополнительного обследования гражданина с целью получения заключения Центра занятости населения и/или психолого-медико-педагогической комиссии.

При получении информации о возможности пострадавшего на производстве обучаться (переобучаться) той или иной профессии специалистами учреждения МСЭ в ПРП указывается рекомендация о нуждаемости его в профессиональном обучении (переобучении).

Государственную услугу по профессиональной ориентации в целях выбора сферы деятельности (профессии), трудоустройства, прохождения профессионального обучения и получения дополнительного профессионального образования (далее – государственная услуга по профессиональной ориентации) пострадавший на производстве может получить в территориальном центре занятости населения Удмуртской Республики.

Правовой основой предоставления государственной услуги по профессиональной ориентации являются следующие нормативно-правовые акты:

1. Закон Российской Федерации от 19 апреля 1991 N 1032-1 «О занятости населения в Российской Федерации» [7].

2. Стандарт процесса осуществления полномочия в сфере занятости населения по оказанию государственной услуги по организации профессиональной ориентации граждан в целях выбора сферы деятельности (профессии), трудоустройства, прохождения профессионального обучения и получения дополнительного профессионального образования, утвержденный Приказом Минтруда России от 25 февраля 2022 N 82н [5].

Основной целью предоставления государственной услуги по профессиональной ориентации специалистами центра занятости населения является содействие пострадавшим на производстве в определении возможных направлений прохождения профессионального обучения, получения дополнительного профессионального образования с дальнейшим содействием в трудоустройстве на подходящем месте работы с учетом их личного интереса, потребности рынка труда и состояния здоровья.

Методы и формы работы специалистов центров занятости населения:

- информирование о существующих профессиях, о ситуации на рынке труда, о наличии свободных мест, которые подходят пострадавшим на производстве, и о предприятиях, где они есть данные места, а также информирование о том, где можно пройти обучение и переобучение;
- профориентационное консультирование с использованием различных психодиагностических методик, помогающих специалисту центров занятости населения в изучении профессиональных интересов, выявлении психологических особенностей личности пострадавших на производстве, предоставлении рекомендаций по наиболее приемлемым для них сферам деятельности.

По результатам тестирования с пострадавшими на производстве проводится индивидуальное собеседование (консультирование), в ходе которого сообщаются и обсуждаются результаты тестирования. Во время консультации уточняются и дополняются данные, полученные в результате тестирования; обсуждаются трудности, с которыми столкнулся пострадавший на производстве при прохождении тестирования, то есть реализуется принцип обратной связи.

В обязательном порядке профконсультанты центров занятости населения знакомят пострадавших на производстве с информацией о спросе и предложениях на рынке труда, прогнозом баланса трудовых ресурсов, прогнозом потребности рынка труда по профессиям, специальностям и направлениям подготовки.

Оказание государственной услуги по профессиональной ориентации завершается вынесением заключения о её предоставлении «с рекомендациями, содержащими перечень возможных направлений прохождения профессионального обучения и (или) получения профессионального образования, дополнительного профессионального образования, видов профессиональной деятельности, занятости и компетенций, позволяющих вести профессиональную деятельность в определенной сфере и (или) выполнять работу по конкретным профессиям, специальностям, при осуществлении которых возможно достижение гражданином успешности в профессиональной или предпринимательской деятельности»[5]; результатами тестирования тренинга (при наличии).

Таким образом, центры занятости населения Удмуртской Республики позволяют увеличить число конкурентоспособных пострадавших трудоспособного возраста, подготовленных к профессиональной деятельности, помогают решать задачи их интеграции в общество.

Считаем необходимым отметить опыт работы Учреждения с психолого-медико-педагогической комиссией в Удмуртской Республике по вопросу содействия пострадавшим на производстве в определении необходимых условий для получения образования.

В соответствии с действующим законодательством в порядок работы психолого-медико-педагогической комиссии (далее – ПМПК) Удмуртской Республики, утвержденный приказом Министерства образования и науки Удмуртской Республики от 24 декабря 2018 N 1295 [6] внесено предложение о проведении обследования ПМПК Удмуртской Республики лиц старше 18 лет, не получивших ранее образование, а также абитуриентов, студентов, обучающихся по образовательным программам среднего профессионального образования, высшего образования, нуждающихся в создании специальных условий для получения образования.

С 1 сентября 2022 года статья 79 Закона N 273-ФЗ дополнена частью 8.1, согласно которой лица с инвалидностью «после получения среднего профессионального образования или высшего образования, вправе повторно получить профессиональное образование соответствующего уровня по другой профессии, специальности или направлению подготовки за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской

Федерации и местных бюджетов в порядке, установленном настоящим Федеральным законом для лиц, получающих профессиональное образование соответствующего уровня впервые» [9]. Данное обстоятельство позволило внести в порядок работы ПМПК Удмуртской Республики категорию пострадавших на производстве как самостоятельную категорию лиц, нуждающихся в психолого-медико-педагогическом обследовании.

Порядок комплексного обследования пострадавшего на производстве, проводимого ПМПК включает в себя:

1. Информирование пострадавших на производстве специалистами учреждений МСЭ, медицинских организаций о возможности прохождения ПМПК и получения копий заключения ПМПК.

2. Осуществление записи ПМПК при самостоятельном обращении пострадавшего на производстве при подаче документов. Перечень документов размещен на официальных сайтах: Министерства образования и науки Удмуртской Республики и ГКОУ «Республиканский центр диагностики и консультирования».

3. Проведение психолого-медико-педагогического обследования согласно предварительной записи.

4. Разработка рекомендаций ПМПК о необходимости создания специальных условий для получения образования, оформление и выдача обследованному пострадавшему на производстве под роспись копию заключения ПМПК с рекомендациями в 2-х экземплярах – для предоставления в учреждение МСЭ и в образовательную организацию.

В свою очередь, специалистами учреждений МСЭ для пострадавшего на производстве готовится заключение об определении нуждаемости пострадавших в мероприятиях реабилитации по прямым последствиям страхового случая (страховых случаев), в разделах которого содержатся следующие заключения: «об условиях, при которых возможно продолжение выполнения профессиональной деятельности пострадавшим (при снижении квалификации, при уменьшении объема (тяжести) работ)», «по изменению условий труда для продолжения выполнения профессиональной деятельности пострадавшим (определение нуждаемости в дополнительных перерывах, доступность профессиональной деятельности в оптимальных, допустимых условиях труда)» и «по оснащению (оборудованию) специального рабочего места для трудоустройства пострадавшего (с нарушением зрения, с нарушением слуха, с одновременным нарушением функции зрения и слуха, с нарушением функции опорно-двигательного аппарата, в том числе передвигающегося с использованием кресло-коляски, с прочими нарушениями, не нуждается)» (далее – заключение) [4].

Данное заключение выносится с учетом характера (вида) и степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием и на основании представленного медицинского заключения о пригодности или непригодности к выполнению отдельных видов работ, оформленного по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05 мая 2016 N 282н «Об утверждении порядка проведения экспертизы профессиональной пригодности и формы медицинского заключения о пригодности или непригодности к выполнению отдельных видов работ», которое выдается пострадавшему медицинской организацией».

Кроме того, рациональное трудоустройство пострадавшего на производстве должно обеспечивать исключение тех производственных операций, физических и сенсорных нагрузок, режимов и условий труда, которые могут ухудшить состояние его здоровья. Для решения этой задачи Минтрудом России утверждены основные требования к оснащению (оборудованию) специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений их жизнедеятельности [2].

В 2015 году между ГУ-РО ФСС РФ по УР, Министерством социальной политики и труда Удмуртской Республики, Министерством здравоохранения Удмуртской Республики и ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» Минтруда России заключено Соглашение

о сотрудничестве, стороны которого понимают необходимость взаимодействия в целях повышения эффективности комплексной реабилитации застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие тяжелых несчастных случаев на производстве. В частности, Министерство здравоохранения Удмуртской Республики содействует созданию условий для своевременного предоставления услуг по медицинской реабилитации застрахованного лица, в свою очередь, ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» Минтруда России и подведомственные ему учреждения МСЭ обязуются разрабатывать ПРП с участием реабилитационного менеджера, а Министерство социальной политики и труда Удмуртской Республики обязуется осуществлять мероприятия, способствующие занятости застрахованных лиц, в случае обращения в центры занятости населения. Координирует этапы реализации реабилитационного процесса реабилитационный менеджер ГУ-РО ФСС РФ по УР, в том числе профессиональное консультирование и профессиональное ориентирование, о которых сказано ранее.

*Результаты совместной работы в рамках Соглашения о сотрудничестве.* По данным ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» Минтруда России в 2019 г. всего было разработано 765 ПРП, из которых 726 ПРП (95 %) с заключением об условиях труда; в 2020 г. – 1095 ПРП, из которых 1061 ПРП (97 %) с заключением об условиях труда; в 2021 г. – 1529 ПРП, из которых 1447 ПРП (95 %) с заключением об условиях труда. Таким образом, в большинстве случаев выдаются заключения об условиях труда.

По данным ГУ-РО ФСС по УР за период с 2019 по 2021 гг. выявлено 146 пострадавших на производстве, из них:

– 50 пострадавших (34 %), закончивших лечение, были направлены на МСЭ, где им специалистами учреждения МСЭ с участием реабилитационных менеджеров ГУ-РО ФСС РФ по УР была установлена степень утраты профессиональной трудоспособности. Из них: 40 человек (80 %) вернулись к трудовой деятельности (14 человек устроились на новое рабочее место у прежнего работодателя, 1 человек – у нового работодателя и 25 человек вернулись на свои прежние места рабочие места); 10 человек (20 %) не смогли вернуться к трудовой деятельности (пенсионеры или лица со значительно выраженными последствиями производственных травм);

– 93 пострадавших (64 %), закончивших лечение, не были направлены на МСЭ для установления степени утраты профессиональной трудоспособности, так как в этом не нуждались;

– для 3 пострадавших (2 %) последствия травм стал летальный исход.

Таким образом, несмотря на конструктивную совместную работу, вопросы трудовой занятости пострадавших на производстве решены не в полном объеме. Остаются проблемы с рациональным трудоустройством данной категории граждан. Считаем необходимым дальнейшее совершенствование нормативно-правовой базы в части преемственности и маршрутизации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, координации и обеспечения взаимосвязи всех участников процесса комплексной реабилитации для рационального трудоустройства пострадавшего на производстве с учетом полученного образования при участии реабилитационного менеджера.

#### **Библиографический список**

1. Белогруд, И.Н. Совершенствование системы комплексной реабилитации лиц, пострадавших на производстве / И.Н. Белогруд // Гуманитарные научные исследования. – 2017. – N 3. – URL: <https://human.snauka.ru/2017/03/21766> (дата обращения: 02.06.2022). – Текст : электронный.

2. Об утверждении основных требований к оснащению (оборудованию) специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений их жизнедеятельности : приказ Минтруда России от 19 ноября 2013 N 685н. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 02.12.2022). – Текст : электронный.

3. Об утверждении критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний : приказ Минтруда России от 30 сентября 2020 N 687. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 02.12.2022). – Текст : электронный.

4. Об утверждении формы программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания и порядка ее составления : приказ Минтруда России от 30 декабря 2020 N 982н. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 02.12.2022). – Текст : электронный.

5. Об утверждении Стандарта процесса осуществления полномочия в сфере занятости населения по оказанию государственной услуги по организации профессиональной ориентации граждан в целях выбора сферы деятельности (профессии), трудоустройства, прохождения профессионального обучения и получения дополнительного профессионального образования : приказ Минтруда России от 25.02.2022 N 82н. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 02.12.2022). – Текст : электронный.

6. Об утверждении Порядка работы центральной и территориальных психолого-медико-педагогических комиссий Удмуртской Республики : приказ Министерства образования и науки Удмуртской Республики от 24 декабря 2018 N 1295.

7. **Российская Федерация. Законы.** О занятости населения в Российской Федерации: Закон Российской Федерации от 19 апреля 1991 N 1032-1.– URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 02.12.2022). – Текст : электронный.

8. **Российская Федерация. Законы.** Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний : Федеральный закон от 24 июля 1998 N 125-ФЗ. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 02.12.2022). – Текст : электронный.

9. **Российская Федерация. Законы.** Об образовании в Российской Федерации : Федеральный Закон от 29 декабря 2012 N 273-ФЗ. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 02.12.2022). – Текст : электронный.

**Информация об авторах:** Е.Д. Мухаметгалева, канд.мед.наук, Ю.А. Дьяконова, А.А. Беляева, М.В. Маркова, *info@mseur.ru*

**Information about the authors:** E.D. Mukhametgaleeva – Candidate of Medical Sciences, Yu.A. Diakonova, A. A. Belyaeva, M. V. Markova, *info@mseur.ru*

### **Некоторые вопросы реабилитации пострадавших на производстве (на примере Кузбасса)**

**О.Н. Гаврилюк<sup>1</sup>, Л.А. Карасаева<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Кемеровской области – Кузбассу» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Кемерово, 650066, Россия

<sup>2</sup>Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, 194044, Россия

**Аннотация.** В статье проанализированы сравнительные показатели производственного травматизма за последние 7 лет в Российской Федерации, Сибирском Федеральном округе (СФО) и на уровне субъекта – Кемеровской области – Кузбасса; уровень травматизма в СФО и отдельно в Кемеровской области выше общероссийского показателя. Количество разработанных программ реабилитации пострадавших на период временной нетрудоспособности в Кузбассе за 5 лет с 2015 года увеличилось в 3,6 раза в рамках Пилотного проекта.

**Ключевые слова:** травма на производстве, реабилитация, показатели, Кемеровская область – Кузбасс.

## Some Issues of Rehabilitation of Injured Workers (Case Study of Kuzbass)

O.N. Gavrilyuk<sup>1</sup>, L.A. Karasayeva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Federal State Institution Main Medical and Social Expertise Office for the Kemerovo Region - Kuzbass, Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, Kemerovo, 650066, Russia

<sup>2</sup>Federal State Budgetary Institution of Supplementary Professional Education "St. Petersburg Institute for Advanced Training of Expert Doctors" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, St. Petersburg, 194044, Russia

**Abstract.** Comparative indicators of occupational injuries over the last 7 years in the Russian Federation, the Siberian Federal District (SFD) and at the level of the subject – Kemerovo Oblast – Kuzbass – have been analyzed. The level of occupational injuries in the SFD and separately in Kemerovo Oblast is higher than Russian indicator. The number of developed rehabilitation programs for the period of temporary disability in Kuzbass for 5 years has increased by 3.5 times since 2015.

**Key words:** occupational trauma, rehabilitation, RCT, indicators, Kuzbass.

*Актуальность.* Проблема инвалидизации лиц трудоспособного возраста вследствие производственных травм требует особого рассмотрения, так как в связи со сложившейся неблагоприятной медико-демографической ситуацией в России возрастает общественно-политическая и социально-экономическая цена потерь, связанная со стойкой утратой трудоспособности квалифицированных работников.

*Материал.* Исследование проведено на основании анализа статистических данных из формы «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше» (форма N 7-собес) ФКУ «ГБ МСЭ по Кемеровской области – Кузбассу» Минтруда России, а также из базы данных ФГИС ЕАВИИАС МСЭ. *Методы исследования:* статистический и аналитический.

*Период наблюдения:* 2015 – 2021 гг.

*Результаты.* Действующим законодательством Российской Федерации предусмотрены страховые выплаты в связи с несчастным случаем на производстве и профессиональным заболеванием, оплата дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию, санаторно-курортное лечение [4].

Создавшаяся ситуация делает реабилитационные мероприятия «невыгодными» для пострадавшего на производстве, так как лишает его материальных благ, полученных за утрату здоровья в случае восстановления трудоспособности. Размер материальных компенсаций целому ряду пострадавших на производстве, обеспечивая психологическое благополучие, не только не способствует реализации его социальных возможностей, но и не стимулирует проведение реабилитационных мероприятий. Таким образом, реализация Федерального закона от 24 июля 1998 N 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» работает только в одном направлении, а именно реабилитации пострадавших с частичной или полной утратой профессиональной трудоспособности, то есть в восполнении материальных благ. Назрела необходимость пересмотра методологических принципов реабилитации пострадавших на производстве.

Стоит отметить, что по данным Росстата прослеживается устойчивая тенденция снижения относительных показателей производственного травматизма в Российской Федерации на протяжении последних 7 лет (Рисунок 1). В свою очередь, эта тенденция характерна и для Сибирского Федерального округа (далее – СФО) в целом и для отдельно взятого региона Кемеровской области-Кузбасса (далее – Кузбасс). При этом, если в Российской Федерации коэффициент частоты несчастных случаев на 1000 рабочих на 2021 г. составил 1,1 на 1000 работающих, то в СФО данный уровень равен 1,6 на 1000 работающих, а в Кузбассе 2,4 на 1000 работающих [2;3;5]. Таким образом, статистические данные



свидетельствуют о том, что показатель частоты уровня производственного травматизма в СФО и отдельно в Кузбассе выше общероссийского.

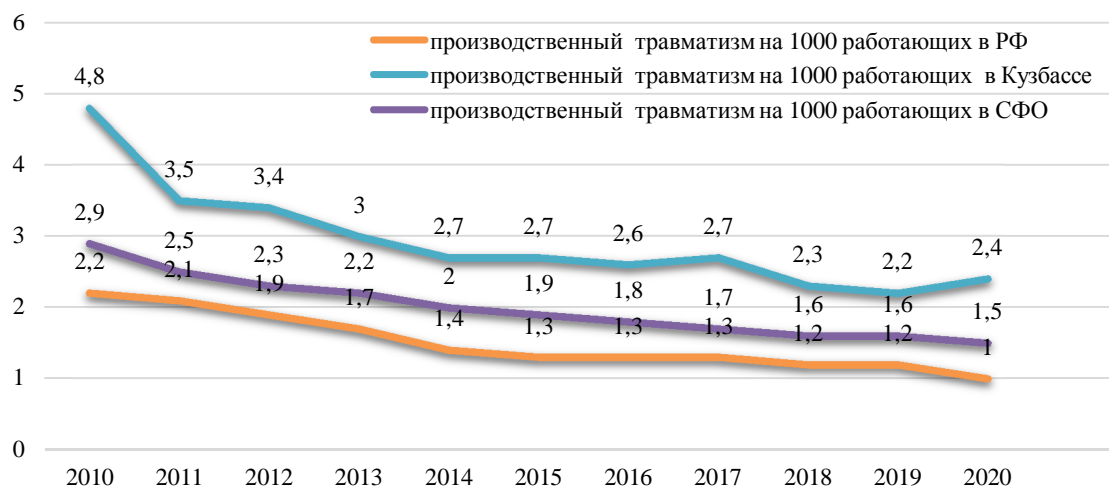


Рисунок 1 – Показатель частоты уровня производственного травматизма в Российской Федерации, СФО и Кузбассе в период с 2015 по 2021 гг.

За 2015 – 2021 гг. темп (или индекс) снижения производственного травматизма в Российской Федерации составил 0,9 (СФО и Кузбасс соответственно 0,8).

При анализе показателей производственного травматизма с летальным исходом в разрезе видов экономической деятельности отмечено, что количество несчастных случаев на производстве напрямую зависит от динамики численности занятых в той или иной отрасли экономики. Количество пострадавших на производстве, погибших вследствие полученных травм, в 2020 г. по сравнению с 2019 г. снизилось на 28,6 % (35 погибших против 49). Данные за 2021 г. не представлены в общем доступе [2;3;5]. Наибольший «вклад» в показатели производственного травматизма с летальным исходом в Кузбассе вносит угольная промышленность. (Таблица 1).

Таблица 1 – Показатели производственного травматизма с летальным исходом в Кузбассе в разрезе основных видов экономической деятельности за 2015 – 2020 гг. (абс. числа)

Наименование	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Численность пострадавших со смертельным исходом, всего	50	34	47	37	49	35
Добыча полезных ископаемых	17	13	19	13	17	17
в том числе в угледобывающих организациях	1	13	17	12	17	17
Обрабатывающие производства	5	6	6	7	4	2
Строительство	8	7	5	4	7	4
Транспорт	8	2	2	2	3	2

В Кузбассе с целью совершенствования системы медицинской, социальной и профессиональной реабилитации застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве в 2015 запущен пилотный проект «Комплексная реабилитация пострадавших от тяжелого несчастного случая на производстве и их возвращение к труду» (далее – Пилотный проект), направленный на повышение результативности реабилитационного процесса, на возвращение граждан, пострадавших на производстве, к активной трудовой деятельности до наступления стойкой потери

трудоспособности. Разрабатываются программы реабилитации пострадавших в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания (далее – ПРП) в период временной нетрудоспособности с определением нуждаемости в мероприятиях по медицинской реабилитации и в технических средствах реабилитации [1]. Количество разработанных ПРП в период реализации пилотного проекта (2015 – 2021 гг.) в Кузбассе увеличилось в 3,6 раз и представлено на рисунке 2.

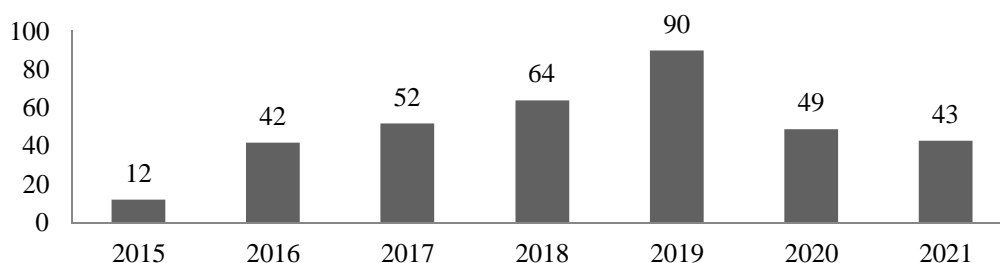


Рисунок 2 – Количество разработанных ПРП в период реализации Пилотного проекта в Кузбассе (абс. числа)

В свою очередь, анализ ПРП, разработанных в Кузбассе за последние 7 лет, свидетельствует о нуждаемости пострадавших на производстве не только в мероприятиях по медицинской реабилитации, но и в трудоустройстве (Таблица 2).

Таблица 2 – Рекомендации по реабилитации пострадавших на производстве в Кузбассе за 2015-2021 гг. (в % от общего количества ПРП)

Показатель	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
С заключениями о нуждаемости в лекарственных средствах	91,3	93,4	94,3	94,1	94,6	94,4	93,7
С заключениями о нуждаемости в изделиях медицинского назначения и индивидуального ухода	59,4	60,1	60,6	61,2	63,1	62,9	62,2
С заключениями о нуждаемости в постороннем специальном медицинском уходе	0,5	0,6	0,6	0,5	0,5	0,6	0,5
С заключениями о нуждаемости в постороннем бытовом уходе	1,4	1,5	1,4	1,2	1,2	1,3	1,3
С заключениями о нуждаемости в санаторно-курортном лечении	89,4	88,2	88,7	88,3	87,2	86	86,6
С заключениями о нуждаемости в профессиональном обучении (переобучении)	0,004	0,004	0,006	0,1	0,08	0,05	0,04
С заключениями о нуждаемости в трудоустройстве, всего	60,9	61,3	61,5	70,2	70,6	84,9	96,7
С заключениями о нуждаемости в технических средствах реабилитации	7,9	8,4	8,8	10,2	10	10,4	10,4

*Заключение.* Показатель частоты уровня производственного травматизма в СФО и отдельно в Кузбассе выше общероссийского. В Кузбассе в 2021 г. практически все разработанные ПРП содержат мероприятия, относящиеся к медицинской реабилитации (93,7 %): обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, и индивидуального ухода, санаторно-курортное лечение (93,7 %, 62,2 %, 86,6 %). Более 85 % пострадавших на производстве нуждаются в соответствии с ПРП в мероприятиях по профессиональной реабилитации, в частности в трудоустройстве нуждается 96,7 % пострадавших на производстве. Большая часть пострадавших на производстве может быть трудоустроена в обычных условиях производства, но с соблюдением рекомендованных условий труда.

В настоящее время в Российской Федерации осуществляется модернизация системы социального страхования от несчастных случаев на производстве, предусматривающая переход от компенсационной, затратной модели, основанной на выплатах за утраченное здоровье, к современной системе оценки и управления профессиональными рисками, позволяющей реализовать превентивные подходы к сохранению здоровья работников на производстве и сократить издержки, связанные с неблагоприятными условиями труда.

#### **Библиографический список**

1. Гаврилюк, О.Н. Анализ обращений граждан, впервые обратившихся на МСЭ с целью разработки ПРП на период временной нетрудоспособности за 2015-2020 гг. / О.Н. Гаврилюк // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Комплексная реабилитации инвалидов на современном этапе. Теоретические и прикладные аспекты. – Новокузнецк, 2022. – 293с.
2. Региональный обзор о состоянии условий и охраны труда в Кемеровской области в 2014 году. – Кемерово, 2015. – 96 с. – Текст : непосредственный.
3. Региональный обзор о состоянии условий и охраны труда в Кемеровской области в 2021 году. – Кемерово, 2021. – 96 с. – Текст : непосредственный.
4. **Российская Федерация. Законы.** Об основах обязательного социального страхования : Федеральный закон от 16 июля 1999 N 165-ФЗ. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 07.11.2022). – Текст : электронный.
5. Шевченко, Л.А. Анализ состояния производственного травматизма и профессиональной заболеваемости в Кемеровской области / Л.А. Шевченко, А.В. Шматова, Г.К. Яппарова. – Текст : непосредственный // Перспективы инновационного развития угольных регионов России : сборник трудов V Международной научно-практической конференции. – Прокопьевск : Изд-во филиала КузГТУ в г. Прокопьевске, 2016. – С. 247–252.

**Информация об авторах:** О.Н. Гаврилюк, *Gavriliuk@mse42.ru*, Л.А. Карасаева – д-р мед.наук, *ludkaras@yandex.ru*

**Information about the authors:** O.N. Gavrilyuk, *Gavriliuk@mse42.ru*, L.A. Karasayeva – Doctor of Medical Sciences, *ludkaras@yandex.ru*

#### **Опыт развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в Алтайском крае**

**М.А. Атяшкина<sup>1</sup>, Ю.А. Попова<sup>1</sup>, Л.С. Раченкова<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Краевое государственное учреждение социального обслуживания «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Журавлики», Ресурсный центр по формированию программ ранней помощи, методическому сопровождению специалистов социального обслуживания, г. Барнаул, 656045, Россия

<sup>2</sup>Автономная некоммерческая организация «Центр развития социальных практик «Вектор», г. Барнаул, 656000, Россия

**Аннотация.** В статье описан опыт развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в Алтайском крае – от методологических оснований, нормативной базы, содержания до технологий.

**Ключевые слова:** система комплексной реабилитации и абилитации, семейно-центрированный подход, раннее вмешательство, стационарозамещающие технологии, доступность социальных услуг, развитие.

## Experience in the development of a system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people in the Altai Territory

M.A. Atyashkina<sup>1</sup>, Y.A. Popova<sup>1</sup>, L.S. Radchenkova<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Regional State Social Service Institution "Regional Rehabilitation Center for Children and Teenagers with disabilities "Cranes" Resource Center for the formation of early assistance programs, methodological support of social service specialists, Barnaul, 656045, Russia

<sup>2</sup>Autonomous non-profit Organization "Center for the Development of Social Practices "Vector", Barnaul, 656000, Russia

**Abstract.** The article presents the experience of the development of a system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people in the Altai Territory – from methodological foundations, regulatory framework, content, technologies.

**Key words:** system of comprehensive rehabilitation and habilitation, family-centered approach, early intervention, hospital-replacing technologies, accessibility of social services, development.

Мировая статистика показывает, что более миллиарда человек на планете имеют ту или иную форму инвалидности, что составляет 15 % населения в сравнении с 10 % по предыдущей оценке, проведенной Всемирной организацией здравоохранения. С каждым годом количество инвалидов увеличивается [3].

В Алтайском крае также происходит увеличение численности людей с инвалидностью. По данным Федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов» на 1 января 2022 г. в регионе насчитывается более 11 тыс. детей-инвалидов и более 162 тыс. инвалидов старше 18 лет [6].

Система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов в регионе строится с учетом общемирового тренда, которым является комплексный подход к организации реабилитации и абилитации инвалидов, основанный на персонифицированном сочетании оптимально подходящих реабилитационных услуг и мероприятий в различных сферах, предоставляемых в зависимости от необходимости одновременно или поэтапно [1].

Система работы с людьми, имеющими инвалидность, в учреждениях социального обслуживания Алтайского края строится на основе методологии социальной модели инвалидности, в рамках которой сущность реабилитации понимается как не только (или не столько) восстановление здоровья, сколько восстановление (или создание) возможностей для социального функционирования при том состоянии здоровья, которым после излечения располагает инвалид. Инвалидность трактуется как проблема не столько медицинская, сколько социальная. Инвалид при этом понимается как человек, испытывающий ограничения или препятствия в деятельности из-за физических, умственных, сенсорных или психических отклонений, вызванных существующими в обществе условиями, при которых люди исключаются из активной жизнедеятельности [2]. Данная модель соответствует общим принципам, которые необходимо реализовывать при работе с инвалидами, указанными в Конвенции о правах инвалидов: а) уважение присущего человеку достоинства, его личной самостоятельности, включая свободу делать свой собственный выбор, и независимости; б) недискриминация; в) полное и эффективное вовлечение и включение в общество; г) уважение особенностей инвалидов и их принятие в качестве компонента человеческого многообразия и части человечества; д) равенство возможностей; е) доступность; ж) равенство мужчин и женщин; з) уважение развивающихся способностей детей-инвалидов и уважение права детей-инвалидов сохранять свою индивидуальность [4].

Цель работы с инвалидами понимается как максимально полное обеспечение возможности для всех людей с их специфическими, в том числе ограниченными, возможностями социального функционирования и развития.

В регионе в целях организации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов осуществляется межведомственное взаимодействие, которое регламентируется следующими документами:

1. Положение о Координационном совете по реализации семейной политики в Алтайском крае, состав Координационного совета.
2. Соглашение о взаимодействии Минсоцзащиты Алтайского края, Министерства здравоохранения Алтайского края, Министерства образования и науки Алтайского края.
3. Порядок межведомственного взаимодействия по выявлению детей, нуждающихся в услугах ранней помощи, и их направления для получения ранней помощи.
4. Положения о работе структурных подразделений организаций различной ведомственной принадлежности.

Социальная реабилитация организуется для детей-инвалидов, молодых инвалидов 18-44 лет, инвалидов пожилого возраста в учреждениях социального обслуживания. В крае более 20 крупных комплексных центров социального обслуживания, 4 краевых реабилитационных центра для детей и подростков с ограниченными возможностями, 2 из которых являются ресурсными.

В функционал ресурсных центров входит: ведение базы данных инвалидов; ведение реестра организаций и специалистов, предоставляющих услуги инвалидам; проведение обучения специалистов на межведомственном уровне, их консультативная, супервизорская, интервизорская поддержка; сбор и анализ статистической информации об организации помощи инвалидам в крае; участие в выработке предложений по дальнейшему развитию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

В регионе постоянно организуется непрерывное повышение квалификации специалистов учреждений социального обслуживания по вопросам методологии, содержания, технологий организации социально-реабилитационного процесса инвалидов.

Все учреждения социального обслуживания региона обеспечены необходимым оборудованием для организации социальной реабилитации инвалидов.

В регионе постоянно ведется работа по повышению качества и доступности услуг для граждан с инвалидностью. Так в 2020 году было завершено строительство нового здания для реабилитационного центра «Журавлики», площадью более 3000 кв.м., оснащенного необходимым реабилитационным оборудованием, в том числе медицинским, а также бассейном для проведения занятий по гидрокинезотерапии. В учреждении имеется необходимое оборудование для проведения занятий как с детьми, так и с инвалидами 18-44 лет. Это комнаты социально-бытовой ориентировки, жилой модуль «Кухня», творческая и швейная мастерские, спортивный зал, физиокабинеты, кабинеты гидротерапии.

В регионе организованы также информационные сервисы для родителей, воспитателей детей с ментальными нарушениями: диспетчерская служба, информационный портал, мобильное приложение, онлайн-сервис.

Содержание реабилитации, заложенное в программах социальной реабилитации, рассматривается как процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

Содержание программ реализуются в рамках социальных технологий, которые способствуют развитию субъектности инвалидов, т.е. их способности к самообразованию, самовоспитанию, саморазвитию, самореабилитации, что, в свою очередь, определяют их способность к социализации.

Процесс комплексной абилитации и реабилитации инвалидов организуется с использованием следующих социальных технологий: социальный патронаж, психосоциальные технологии, игротерапия, арттерапия, аниматерапия, информационные технологии, стационарозамещающие технологии, технологии раннего вмешательства, а также социальное

проектирование, портфолио, восстановительные технологии (медиация, семейные конференции, круги сообществ).

Социальная работа с инвалидами в Алтайском крае строится на основе семейно-центрированного подхода, идеологией которого является следующее: основная ценность – семья как наилучшая среда для развития ребенка, социализации взрослого инвалида. Поэтому клиентом социальной помощи становится вся семья, а целью – ее сохранение. В фокусе социальной помощи оказываются потребности всех членов семьи, обеспечение их доступом к социальным правам. Именно семейно-центрированный подход требует использования в работе с инвалидами стационарозамещающих технологий, а также технологий, способствующих развитию субъектности клиентов.

Работа с инвалидами проводится в очной, дистанционной, очно-заочной, выездной формах.

Комплексная реабилитация начинается с ранней помощи, которая помогает избежать тяжелой инвалидизации ребенка, либо способствует тому, что ребенок приобретает статус здорового. В регионе постепенно выстраивается система ранней помощи детям на основе деятельности краевого государственного учреждения социального обслуживания «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Журавлики» (далее – КГБУСО «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Журавлики», реабилитационный центр), который является ресурсным центром по формированию программ ранней помощи, методическому сопровождению специалистов социального обслуживания.

В целях оказания ранней помощи детям в учреждениях социального обслуживания создаются специальные подразделения, секторы, где, как правило, работают психолог, дефектолог, логопед. Вводится институт кураторства: за каждой семьей закрепляется куратор случая. В крае имеется опыт проведения оценочных процедур и разработки индивидуальной программы ранней помощи на основе Международной Классификации Функционирования [5]. КГБУСО «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Журавлики» совместно с Алтайской краевой общественной организацией «Белые вершины» реализует очередной грант губернатора края по развитию ранней помощи в регионе.

Оказание ранней помощи детям невозможно без технологии сенсорной интеграции, которая направлена прежде всего на развитие эмоционального потенциала ребенка, а также развитие навыков самообслуживания, коммуникативного потенциала. Технология сенсорной интеграции осуществляется на основе разработанных специалистами программ, в достаточном объеме используется там, где применяют технологию раннего вмешательства.

Практически во всех учреждениях социального обслуживания разработаны и реализуются программы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, программы комплексной реабилитации детей с ментальными нарушениями, функционирует «Коррекционный онлайн кабинет» где семья из любой территории края может получить консультацию квалифицированных коррекционных педагогов-логопедов и дефектологов, проводится дистанционное консультирование и онлайн занятия для детей-инвалидов.

Технология «Учебное сопровождаемое проживание», в рамках которой реализуются практики «В нашем доме», «Гармония», «Я все смогу», «Научи меня простому», «Научи меня простому – продолжение», рассчитана на работу с детьми-инвалидами и молодыми инвалидами, имеющими ментальные нарушения. В рамках перечисленных практик социальной реабилитации инвалидов осуществляется их социально-бытовая реабилитация и адаптация. Что не только способствует удовлетворению основных жизненных потребностей подростков и молодых инвалидов, но и позволяет развить у них максимально возможный уровень независимости и самостоятельности в выполнении различных действий в процессе повседневной жизни, включая выбор и принятие решений. Поддержка независимости происходит за счет обучения молодых людей и подростков с ментальной инвалидностью

самостоятельному выполнению повседневных действий при постепенном снижении объема помощи до минимально возможного в соответствии с его особенностями развития.

Учреждения социального обслуживания уделяют большое внимание обучению инвалидов компьютерной грамотности, поскольку данная форма работы способствует расширению личностных границ инвалидов, организации их коммуникативной, досуговой, социокультурной деятельности в рамках интернет-технологий.

Обучение компьютерной грамотности, в свою очередь, помогает организации профориентационной работы на основе использования «Профориентационной системы Профи II», а также разработанных программ профориентации инвалидов. В некоторых учреждениях осуществляется предпрофессиональная подготовка. Следует также отметить, что такие программы как, например, «Работа с саморезами по дереву» также способствуют приобретению инвалидами профессиональных навыков. Подростки, с которыми осуществлялась профориентационная работа ранее в реабилитационном центре «Родник», обучаются или уже закончили обучение в КГБПОУ «Бийский промышленно-технологический колледж» (мастер по обработке цифровой информации, парикмахер, пекарь), КГБОУ СПО «Бийский педагогический колледж» (художественно-графический факультет, факультет дошкольной педагогики и психологии), КГБОУ СПО «Бийский технологический колледж» (по специальности «Автоматизированные системы обработки информации и управления»), КГБПОУ «Алтайская академия гостеприимства» (поварское и кондитерское дело, технология). Многие студенты проходят практику в реабилитационном центре. После обучения трудоустроены 5 молодых людей с ограниченными возможностями (совместно с Центром занятости населения, при поддержке программы трудоустройства специалистов-инвалидов), в частности 2 – операторами ЭВМ, в реабилитационном центре «Родник» – педагог-психолог, а также дворник и уборщица помещений.

Для родителей (законных представителей), родственников реализуются такие технологии, как Школа ухода (обучение уходу за инвалидами, тяжело больными детьми, взрослыми), а также технология «Социальная передышка», когда организуются группы кратковременного пребывания для детей инвалидов с целью предоставления их родственникам возможности решения жизненных проблем, возможности их собственного развития.

В силу того, что инвалиды, порой, проживают в удаленных населенных пунктах, с целью оказания доступной и адресной помощи в крае успешно развиваются такие формы работы, как «Выездная междисциплинарная бригада», «Выездной микрореабилитационный центр», «Домашний микрореабилитационный центр», «Портативный мультибокс». Все эти практики позволяют оказывать социальные услуги тем, кто не может приехать в учреждение социального обслуживания.

Оказание социальных услуг осуществляется, как правило, на дому, что также является важным для семьи ребенка-инвалида. В городах Алтайского края (г. Славгороде, г. Бийске, г. Новоалтайске и других) создана социальная инфраструктура для реализации технологии «Микрореабилитационный центр». Социальная служба «Микрореабилитационный центр» – это модель комплексной реабилитации детей-инвалидов, обеспечивающая возможность создания условий для проведения комплекса реабилитационных мероприятий на дому для детей с множественными нарушениями; предоставление консультационной помощи родителям для повышения их уровня социально-педагогической, социально-медицинской и социально-психологической грамотности в вопросах воспитания, развития и реабилитации ребенка в домашних условиях; предоставление семьям на безвозмездной основе технических средств реабилитации для ребенка-инвалида во временное пользование. Цель создания домашнего микрореабилитационного центра – обеспечить адресность и доступность не только социальных, но и иных услуг, предоставляемых специалистами сфер здравоохранения и образования для детей-инвалидов с тяжелыми нарушениями развития, приблизить эти услуги к их получателям и решить наиболее острые и социально значимые проблемы таких семей. Клиентами данной социальной службы стало более 130 семей, воспитывающих детей

с ограниченными возможностями здоровья, более 90 % из них отметили улучшение уровня качества жизни за счет организации развивающей среды дома.

Кроме этого, в регионе организованы Клубы путешественников, реализуются программы «Социальный туризм», «Семейная программа выходного дня», проводятся праздничные мероприятия.

В крае реализуются проекты и практики, направленные на вовлечение инвалидов 18-44 лет, имеющих ментальные нарушения, в исследовательскую и проектную деятельность. Настоящей находкой стало использование технологии социального проектирования в работе с молодыми инвалидами, которые практически самостоятельно разработали и реализовали проект «Посади свое дерево» – от идеологии, целей, задач, плана реализации, в том числе разработки объемного макета коллективного сада, организации получения саженцев до посадки деревьев. В реализации проекта участвовали в том числе молодые инвалиды имеющие ментальные нарушения. Проект продолжается как проект, в том числе цветника. Кураторами разработки и реализации проекта являются КГБУСО «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Журавлики» и Автономная некоммерческая организация «Центр развития социальных практик «Вектор». В городе Бийске реализуется проект «Научи меня простому – продолжение», направленный на вовлечение инвалидов 18-44 лет, имеющих ментальные нарушения, в исследовательскую деятельность по созданию картотеки карт-схем маршрутов, которые в дальнейшем будут использованы в качестве методических материалов и привлечения молодых инвалидов в качестве волонтеров для обучения детей-инвалидов.

В крае имеется также опыт осуществления социальных практик совместно с волонтерскими организациями: Программа формирования и развития волонтерского движения «Активная среда», Социальная практика «Выходной день» (граждане пожилого возраста посещают детей-инвалидов, находящихся в стационарных учреждениях).

На базе четырех учреждений социального обслуживания в городах Бийск, Новоалтайск, Камень-на-Оби, в Усть-Калманком районе края функционируют группы кратковременного пребывания для семей, воспитывающих детей с ментальными нарушениями. Созданные в группах условия направлены на развитие познавательных и коммуникативных способностей детей, формирование позитивных интересов, а нахождение ребенка в учреждении до трех часов обеспечивает высвобождение времени родителей (законных представителей) для решения актуальных вопросов семьи, участия в общественной жизни.

В краевых реабилитационных центрах для детей и подростков с ограниченными возможностями проводятся курсы комплексной психолого-педагогической и социально-медицинской реабилитации для детей-инвалидов в стационарной и полустационарной формах социального обслуживания. Комплексную помощь в течение года получают более 2000 семей, воспитывающих детей-инвалидов.

В статье представлен далеко неполный перечень социальных практик, используемых в Алтайском крае в учреждениях социального обслуживания при работе с инвалидами. Мероприятия по оказанию социально-психологических, социально-педагогических, социально-коммуникативных, социально-медицинских услуг осуществляются в большинстве комплексных центров социального обслуживания населения в полустационарной или надомной формах социального обслуживания, а также в краевых реабилитационных центрах социального обслуживания для детей и подростков с ограниченными возможностями в стационарной и полустационарной формах обслуживания. На сегодняшний день в Алтайском крае имеется значительный опыт по реализации социальных практик по работе с инвалидами 18-44 лет, имеющими ментальные нарушения. Тем не менее, работа по развитию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов в регионе продолжается.



### Библиографический список

1. Афолина, К.П. Основные тенденции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов // К.П. Афолина, М.А. Дымочка, О.Г. Струкова, Е.В. Морозова, А.А. Ярков. – Текст : непосредственный // Состояние и перспективы развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов – 2021. III Межрегиональная конференция (Москва, 25 ноября 2021 г.) : Сборник материалов и докладов / Под общей редакцией д.м.н. М. А. Дымочка. – М. : ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России ; 2022.
2. Большаков, Н.В. Модели понимания инвалидности / Н.В. Большаков, Е.Р. Ярская-Смирнова. – Текст : непосредственный // Хрестоматия научного журнала The Garage Journal...: – М. : Музей современного искусства «Гараж», 2021. – С. 91-107.
3. Всемирный доклад об инвалидности Всемирной организации здравоохранения. – URL: [https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report/ru/](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/ru/) (дата обращения 07.11.2022). – Текст : электронный.
4. Конвенция о правах инвалидов. Принята Резолюцией Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года N 61/106. Ратифицирована Федеральным законом от 3 мая 2012 N 46-ФЗ. – URL: [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/disability.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml) (дата обращения 07.11.2022). – Текст : электронный.
5. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья / Всемирная Организация Здравоохранения. – Женева, 2001. – URL: [https://rehabrus.ru/Docs/2017/07/MKF\\_polnaya\\_versiya.pdf](https://rehabrus.ru/Docs/2017/07/MKF_polnaya_versiya.pdf) (дата обращения 07.11.2022). – Текст : электронный.
6. Федеральная государственная информационная система «Федеральный реестр инвалидов». – URL: <https://sfri.ru/analitika> (дата обращения 09.12.2022). – Текст : электронный.

**Информация об авторах:** М.А. Атяшкина, Ю.А. Попова, [centr\\_reabilitac@mail.ru](mailto:centr_reabilitac@mail.ru), Л.С. Раченкова – канд.пед.наук, [ratschenkovals@mail.ru](mailto:ratschenkovals@mail.ru)

**Information about the authors:** M.A. Atyashkina, Y.A. Popova, [centr\\_reabilitac@mail.ru](mailto:centr_reabilitac@mail.ru), L.S. Radchenkova – Candidate of Pedagogical Sciences, [ratschenkovals@mail.ru](mailto:ratschenkovals@mail.ru)

### Комплексная реабилитация и мультидисциплинарный подход в деятельности Республиканского социально-реабилитационного центра

**Н.В. Лаврентьева, О.А. Камелина**

Автономное учреждение социального обслуживания Удмуртской Республики  
«Республиканский социально-реабилитационный центр для граждан  
пожилого возраста и инвалидов», г. Ижевск, 426063, Россия

**Аннотация.** В соответствии с международными тенденциями междисциплинарный подход – это неотъемлемая часть комплексной реабилитации, являющейся основной деятельностью Автономного учреждения социального обслуживания Удмуртской Республики «Республиканский социально-реабилитационный центр для граждан пожилого возраста и инвалидов», предоставляющего комплекс социальных, в том числе социально-медицинских услуг инвалидам и гражданам пожилого возраста. Реабилитация проводится мультидисциплинарной командой с формированием краткосрочной цели с учетом состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

**Ключевые слова:** реабилитация, пожилые граждане, инвалиды, реабилитационный центр, МКФ (международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья), мультидисциплинарная команда.

## **Complex rehabilitation and multidisciplinary approach in the activities of the Republican social and rehabilitation center**

**N.V. Lavrenteva, O.A. Kamelina**

Autonomous institution of social services of the Udmurt Republic "Republican social  
rehabilitation center for elderly citizens and disabled persons»,  
Izhevsk, 426063, Russia

**Abstract.** In accordance with international trends, an interdisciplinary approach is an integral part of comprehensive rehabilitation, which is the main activity of the Autonomous social service institution of the Udmurt Republic "Republican social and rehabilitation center for elderly citizens and disabled persons", which provides comprehensive rehabilitation of disabled and elderly people. Rehabilitation is carried out by a multidisciplinary team with the formation of a short-term goal, taking into account the state of functioning and disability based on the International Classification of Functioning.

**Key words:** rehabilitation, elderly citizens, disabled people, rehabilitation center, ICF (the International classification of functioning, disability and health), multidisciplinary team.

Автономное учреждение социального обслуживания Удмуртской Республики «Республиканский социально-реабилитационный центр для граждан пожилого возраста и инвалидов (далее – Республиканский СРЦ, реабилитационный центр) предоставляет комплекс социальных и медицинских услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам старше 18 лет, сохранивших частично или полностью способность или возможность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности. Республиканский СРЦ создан в рамках реализации Республиканской целевой программы «Социальная поддержка инвалидов на 2010 – 2012 годы», утвержденной постановлением Правительства Удмуртской республики 23 ноября 2009 N 336, в 2010 году и находится в отраслевом подчинении Министерства социальной политики и труда Удмуртской Республики.

Предоставляемые реабилитационные услуги гражданам пожилого возраста (женщины 55 лет и старше, мужчины 60 лет и старше) и инвалидам от 18 лет направлены на восстановление или компенсацию утраченных способностей к бытовой, общественной, профессионально-трудовой деятельности и снижение ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья. Услуги предоставляются в условиях полустационара курсом 10 рабочих дней и стационара курсом до 18 дней. Учреждение рассчитано на обслуживание 600 человек в год и доступно для всех категорий инвалидов.

Услуги предоставляются комплексно, последовательно, непрерывно мультидисциплинарной реабилитационной командой, состоящей из специалистов разных профилей: врачей (невролог, терапевт, физиотерапевт, специалист по реабилитации), среднего медицинского персонала, специалистов по социальной работе, социального работника, медицинского психолога, логопеда, педагога, инструкторов-методистов по лечебной физкультуре, юриста.

Для комфортного нахождения пациентов и инвалидов любой категории в реабилитационном центре созданы все условия для безопасного передвижения по помещениям: установлены пандусы и поручни, просторные дверные проемы, отсутствуют пороги, имеется подъемное устройства на 2-ой этаж, визуальная маркировка стеклянных дверей, лестничных маршей и ступеней, тактильные таблички, кнопки вызова персонала и специально оборудованы санузлы. Используется специализированный автотранспорт с подъемником, и оборудовано парковочное место для автотранспорта инвалидов. Клиентам стационарной формы обслуживания предоставляются 2-3-х местные жилые комнаты с удобствами на этаже.

Предоставляемые социальные услуги, в том числе социально-медицинские направлены на:

– восстановление или компенсацию утраченных способностей к бытовой, общественной, профессионально-трудовой деятельности и снижение ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья;

- переориентацию с пассивного образа жизни на активный образ жизни;
- снятие остроты собственной социальной малозначимости с последующей социальной адаптацией и интеграцией в общество.

При реализации социально-медицинских услуг осуществляются:

- оценка реабилитационного статуса клиента и его динамики;
- установление реабилитационного диагноза, включающего характеристику состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции, структуры организма, активности и участия), влияния факторов среды и личностных факторов на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ) [1] и его изменения в процессе проведения мероприятий по реабилитации;
- оценка реабилитационного потенциала, определяющего уровень максимально возможного восстановления клиента (сохранение возможности осуществления повседневной деятельности, возвращение способности к самообслуживанию);
- формирование краткосрочной и долгосрочной цели, задач проведения реабилитационных мероприятий;
- оценка факторов риска проведения реабилитационных мероприятий и факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий;
- формирование и реализация индивидуального реабилитационного маршрута (далее – ИРМ);
- оценка эффективности реализованных в рамках ИРМ реабилитационных мероприятий по стандартизированным шкалам;
- составление заключения (реабилитационного эпикриза), содержащего итоги реализации ИРМ с описанием достигнутой динамики в состоянии пациента, с оценкой по шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ), рекомендации.

Для оценки реабилитационного статуса и установления реабилитационного диагноза с учетом состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции, структуры организма, активности и участия), влияния факторов среды и личностных факторов на основе МКФ проводится диагностика специалистами мультидисциплинарной команды с использованием общепринятых стандартных шкал: шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ), модифицированная шкала Рэнкина, FIM, Индекс мобильности Ривермид, шкала равновесия Берга, индекс ходьбы Хаузера, динамический индекс ходьбы, шкала спастичности по Ашфурту, оценка мышечной силы, шкала Френчай, шкала повседневной инструментальной активности (IADL), шкала афазии, шкала дизартрии, оценка когнитивной сферы (MMSE, MoCA), оценка тревожности и депрессии (Hads). На основании полученных данных и целей реабилитации самого пациента ставятся краткосрочная и долгосрочные цели реабилитации [2] формируется индивидуальный реабилитационный маршрут для клиента/пациента с оптимальным комплексом социальных и медицинских услуг, указанием реабилитационных технологий и ответственных специалистов.

Медицинская деятельность осуществляется на основании лицензии N ЛО-18-01-002636 от 05.02.2019 г., выданной Министерством здравоохранения Удмуртской Республики, и представлена комплексом лечебно-оздоровительных мероприятий, направленных на восстановление или поддержание здоровья и функциональных возможностей организма получателя услуг: лечебный массаж (аппаратный, ручной и комбинированный); физиотерапевтические процедуры; различные формы лечебной физкультуры; занятия в тренажерном зале; кислородотерапию; эрготерапию; медикаментозную поддерживающую терапию и систематическое медицинское наблюдение в течение курса.

В рамках реализации мероприятий по социальной реабилитации предоставляются социально-педагогические, социально-психологические, социально-трудовые, социально-бытовые, социокультурные, социально-правовые услуги и услуги в целях повышения коммуникативного потенциала.

Социально-психологические услуги направлены на восстановление или поддержание психической деятельности, обеспечивающей реализацию жизнедеятельности в бытовой, межличностной, социокультурной и профессиональной сфере, для успешной социальной адаптации. В Республиканском СЦР услуги оказывает клинический психолог. Работа начинается с клинической беседы, диагностики когнитивных процессов и эмоционально-личностного состояния. На основании совокупности всех диагностических методик и беседы формируется психологическое заключение и программа психологической помощи. Методы психологической помощи носят разноплановый характер, включают психокоррекционные индивидуальные и групповые занятия, групповые тренинги с аудиовизуальным сопровождением, занятия в сенсорной комнате, пескотерапия, ароматерапия, арт-терапия. Главное содержание методик заключается в опосредовании через личность лечебно-восстановительных мероприятий и воздействие с учетом клинико-биологических, психологических, а также социальных факторов в процессе соматогенеза. Одной из главных задач реабилитации является обучение клиентов воспринимать заболевание и жизненные ситуации таким образом, чтобы они не приводили к разочарованию, бездействию и не препятствовали достижению своих целей.

Социально-педагогические услуги для взрослых представлены логопедическими услугами, включающими проведение логопедической диагностики и проведение логопедических коррекционных занятий на восстановление речи или коррекцию речевых нарушений, чаще при последствиях перенесенного инсульта. Услуги оказывает логопед.

Социально-трудовые услуги осуществляются в комплексе с другими методами восстановительной терапии и реабилитации, закрепляя эффект их воздействия.

В основном, проводится общеукрепляющая и развлекательная трудотерапия (терапия занятостью) через досуговую и творческую деятельность. Она способствует физическому и интеллектуальному развитию, коррекции двигательных функций и нормализации общих физиологических параметров организма (улучшению сна, настроения, аппетита), общению в процессе деятельности и формирует осознание причастности к общей деятельности.

В рамках реализации услуг в целях повышения коммуникативного потенциала проводится обучение клиентов навыкам пользования компьютером (освоение первичным навыкам работы с персональным компьютером, ознакомление с программами Офиса и сетью Интернет с целью общения в социальных сетях, пользования интернет-сервисами(порталом государственных услуг, оплаты услуг ЖКХ через онлайн-банк, заказ и покупка продуктов, товаров, билетов и лекарств) в зависимости от запроса клиента и уровня владения компьютером. Кроме этого, клиентам предоставляется информация, в том числе наглядная, как рационально устроить свой дом, использовать различные технические средства реабилитации, позволяющие решать проблемы самостоятельного передвижения, проживания, персонального ухода за собой, чтобы самостоятельно выполнять гигиенические процедуры, самостоятельно одеваться, готовить и принимать пищу. В комнате социально-бытовой адаптации проводится обучение по овладению навыкам самообслуживания, выполнению элементарных бытовых операций.

Важным направлением деятельности Республиканского СРЦ является оказание мероприятий по социокультурной реабилитации, удовлетворяющих потребности в информации, получении досуговых услуг, в доступных видах творчества. Специалисты по социальной работе организуют просветительские и развлекательные мероприятия; конкурсы, экскурсии по городу и в зоопарк, выходы в театры, музеи и выставки и многое другое. Данное направление работы невозможно без взаимодействия с другими организациями, поэтому Республиканский СРЦ активно сотрудничает с учреждениями культуры и образования, общественными и коммерческими организациями. Частыми гостями Республиканского СРЦ являются коллективы художественной самодеятельности, коллективы центров детского и юношеского творчества, специалисты республиканской и городских библиотек, волонтеры «серебряного возраста» и молодежного движения.

Таким образом, социально-культурная деятельность выступает важнейшим социализирующим фактором, способствующим общению пожилых людей и инвалидов, восстановлению самооценки, реализации культурных потребностей и интересов.

Социально-правовые услуги включают бесплатную помощь юриста в целях защиты прав и законных интересов получателя услуг.

При оказании комплекса социально-медицинских услуг используется мультидисциплинарный подход. Мультидисциплинарная команда (далее – МДК) является структурно-функциональной единицей Республиканского СРЦ, организованной на функциональной основе из работников учреждения и осуществляющей восстановление активности и участия инвалидов и граждан пожилого возраста в соответствии с МКФ.

Руководит работой МДК врач физической и реабилитационной медицины, специалист, соответствующий требованиям профессионального стандарта «Специалист по медицинской реабилитации».

В состав МДК могут входить следующие специалисты: врач по физической и реабилитационной медицине/врач по медицинской реабилитации, врач по профилю, инструктор-методист по ЛФК/специалист по физической реабилитации, врач-физиотерапевт, специалист по эргореабилитации, психолог/медицинский психолог, логопед/медицинский логопед, медицинская сестра по медицинской реабилитации/медицинская сестра палатная, медицинская сестра по массажу, медицинская сестра по физиотерапии.

При оказании социальных и медицинских услуг специалисты мультидисциплинарной команды проявляют к клиентам/пациентам указанных услуг максимальную чуткость, вежливость, внимание, выдержку, предусмотрительность, терпение, учитывая их физическое и психическое состояние.

Организационной формой работы МДК является заседание МДК, на котором специалисты МДК осуществляют осмотр клиента/пациента, обсуждают его состояние и определяют степень нарушений функций его организма, а также составляют список его проблем, определяют цели реабилитации и разрабатывают индивидуальный план по ведению клиента/пациента (далее – Индивидуальный план). Решение МДК согласовывается с клиентом/пациентом (получателем услуг), его законным представителем.

Заседание МДК проводится не реже 2 раз за курс под руководством врача физической и реабилитационной медицины с его координацией и оптимальным распределением работы членов команды, мониторингом состояния и контролем всех изменений клиента/пациента.

Заседание МДК оформляется в виде Протокола с приложенным к нему Индивидуальным планом клиента/пациента. Протоколы решений МДК хранятся в реабилитационной карте клиента/пациента.

За 2022 г. проведено 53 заседания МДК для граждан с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения, имеющих нарушения двигательной, когнитивной и эмоциональной сфер, проявляющиеся в ограничении их активности и участия в повседневной деятельности, с положительным реабилитационным потенциалом и благоприятным прогнозом. Эффективность проведенной МДК комплексной социальной и медицинской реабилитации составила 73 %.

В целом, деятельность Республиканского СРЦ направлена на улучшение качества жизни граждан пожилого возраста и инвалидов путем восстановления или компенсации утраченных функций организма.

Применение мультидисциплинарного подхода при оказании социальных услуг, в том числе социально-медицинских, людям с ограниченными возможностями здоровья позволяет определять более точные и значимые реабилитационные цели как для самого человека, так и для его близких, и, ориентируясь на них, работая реабилитационной командой, добиваться большей эффективности реабилитационных мероприятий в достижении поставленных задач.

### Библиографический список

1. Шостка, Г.Д. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (краткая версия) / Г.Д. Шостка, М.В. Коробов, А.В. Шапро. – СПб. : СПБИУВЭК, 2003. – 228 с. – Текст : непосредственный.
2. Шмонин, А.А. Мультидисциплинарная технология поиска цели реабилитации у пациентов с церебральным инсультом на основе Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья / А.А. Шмонин, М.Н. Мальцева, Е.В. Мельникова. – Текст : электронный // Consillium Medicum, 2019. – N 21 (2). – С. 9-17. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/multidistsiplinarnaya-tehnologiya-poiska-tseli-reabilitatsii-u-patsientov-s-tserebralnym-insultom-na-osnove-mezhdunarodnoy/viewer> (дата обращения: 22.11.2022).

**Информация об авторах:** Н.В. Лаврентьева, О.А. Камелина, [social48@minsoc18.ru](mailto:social48@minsoc18.ru)

**Information about the authors:** N.V. Lavrenteva, O.A. Kamelina, [social48@minsoc18.ru](mailto:social48@minsoc18.ru)

### Практический опыт проведения комплексной реабилитации инвалидов по зрению

**И.А. Дюкова**

Автономное учреждение социального обслуживания населения Тюменской области  
«Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма»,  
Тюменский район, 625530, Россия

**Аннотация:** В статье освещается практический опыт проведения комплексной реабилитации инвалидов по зрению на базе реабилитационного центра «Пышма». Описаны мероприятия по медицинской и социальной реабилитации инвалидов, проживающих в Тюменской области. Особое внимание уделено описанию социально-педагогических реабилитационных мероприятий. Сделан вывод о важности комплексности и последовательности реабилитационных мероприятий в реализации социальных потребностей инвалидов по зрению.

**Ключевые слова:** комплексность и последовательность реабилитационных мероприятий, медицинская, социально-педагогическая, социально-психологическая, социокультурная реабилитация инвалидов по зрению.

### Practical experience in complex rehabilitation visually impaired

**I.A. Dyukova**

Autonomous institution of social services for the population of the Tyumen region "Center for medical and social rehabilitation" Pyshma», Tyumen district, 625530, Russia

**Abstract.** The article highlights the practical experience of conducting a comprehensive rehabilitation of the visually impaired on the basis of the rehabilitation center "Pyshma". Measures for the medical and social rehabilitation of disabled people living in the Tyumen region are described. Particular attention is paid to the description of socio-pedagogical rehabilitation measures. The conclusion is made about the importance of the complexity and consistency of rehabilitation measures in the implementation of the social needs of the visually impaired.

**Key words:** complexity and sequence of rehabilitation measures, medical, socio-pedagogical, socio-psychological, socio-cultural rehabilitation of the visually impaired.

Социальная политика Российской Федерации, адресованная инвалидам, была основана первоначально на принципах *изоляции и компенсации*, которые заключались в создании особых систем обеспечения жизнедеятельности инвалидов, сегрегированных от общих систем: специальных домов для постоянного, иногда пожизненного, проживания, особых

учебных заведений, специализированных предприятий и т. д. В такой системе реализуется уход за инвалидами и удовлетворение их особых нужд, однако, в первую очередь с точки зрения здоровых членов общества. Сами инвалиды, таким образом, исключаются из общества и превращаются только в объект его заботы и попечения [1, с. 3-4].

Изменение идеологии политики в отношении инвалидов, переход к восприятию социальной модели инвалидности привели к тому, что на инвалидов и инвалидность стал распространяться ведущий принцип устройства современного общества – принцип равных социальных прав и возможностей индивидов, которые предоставляются каждому члену общества вне зависимости от его физических, психических, интеллектуальных и прочих особенностей. В соответствии с ним инвалиды рассматриваются не только как объект заботы общества, но как субъекты своей собственной жизнедеятельности. Социальные права включают в себя не только удовлетворение элементарных потребностей, обеспечение выживания, но также и всю полноту социальных потребностей инвалида [3, с. 42-43].

Важной составляющей в реализации социальных потребностей инвалида является возможность получения реабилитационной помощи, базирующейся на принципе комплексности и последовательности реабилитационных мероприятий. Отдельные не систематизированные меры могут не принести полноценного положительного результата или даже, в редких случаях, сказаться негативно. Незавершенность реабилитационной программы, отсутствие некоторых направлений сокращают возможности реализации индивидуального реабилитационного потенциала [2, с. 11].

Вышеперечисленные принципы нашли свое отражение в комплексной реабилитации инвалидов по зрению, проживающих в Тюменской области. Реализация комплексных мероприятий по социальной реабилитации инвалидов по зрению осуществляется на базе Автономного учреждения социального обслуживания населения Тюменской области «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма» (далее – Центр). В Центре работают квалифицированные специалисты: психологи, тифлопедагоги, специалисты по социальной реабилитации, специалисты по социальной работе, культурологи.

Основополагающим при проведении комплексной реабилитации является ее непрерывность, которая обеспечивается за счет последовательности и этапности реабилитационных мероприятий. Комплексная реабилитация осуществляется по следующим направлениям: медицинская реабилитация; социально-психологическая реабилитация; социально-педагогическая реабилитация; социокультурная реабилитация.

Медицинская реабилитация направлена на сохранение и улучшение зрительных функций инвалидов, проходящих реабилитацию в Центре. Прием ведут квалифицированные специалисты: офтальмологи, терапевты, педиатры, физиотерапевт, врач по лечебной физкультуре. Для проведения медицинской реабилитации все кабинеты Центра оснащены современным медицинским оборудованием. Мероприятия по медицинской реабилитации включают в себя: офтальмологические процедуры, физиолечение, водолечение, лечебную физкультуру, массаж, фитотерапию.

В рамках социально-психологической реабилитации, проводимой в условиях Центра, предоставляются следующие виды услуг: психологическая диагностика; оказание психологической поддержки: психологический тренинг (релаксация), беседы способствующие мобилизации активности, поддержке жизненного тонуса.

Психологическая диагностика включает в себя оценку состояния эмоционально-волевой сферы и особенностей личностных качеств инвалида, оценку психологического компонента реабилитационного потенциала и реабилитационных возможностей инвалида в области социальной реабилитации, оценку социально-психологического аспекта реабилитационного прогноза.

На основе полученных результатов строится психокоррекционная работа, которая направлена на снятие последствий психотравмирующих ситуаций, нервно-психической напряженности, появившихся у инвалида в силу заболевания. После проведения заключительной

диагностики оценивается эффективность проведенных психологических мероприятий.

В социально-педагогическую реабилитацию включены несколько реабилитационных курсов, содержание некоторых представлено в таблице 1. На каждый курс реабилитации в Центре разработаны реабилитационные программы, обучение по которым проходит в несколько этапов, каждый этап разделен на ступени.

Обучение инвалидов проводится в форме групповых занятий. В начале курса специалист по социальной реабилитации проводит анкетирование по изучению уровня готовности инвалидов по зрению к обучению.

По окончании обучения проводится заключительное тестирование для определения уровня сформированности умений и навыков по курсу и для определения последующего этапа реабилитации. Сформированность умений и навыков определяется по четырем уровням:

*первый* – не выполнили, или частично выполнили задание и набрали 0-1 балла при тестировании;

*второй* – достигли результата с помощью реабилитолога (наводящие вопросы, наличие не более двух ошибок) и набрали 2-4 балла при тестировании;

*третий* – выполнили задания самостоятельно, но допустили неточность в выполнении и набрали 5-8 баллов при тестировании;

*четвёртый* – задания выполнили самостоятельно, правильно и набрали 8-10 баллов при тестировании.

В зависимости от индивидуальных особенностей (возраста, состояния здоровья, тактильной чувствительности, особенностей внимания и памяти) слепые и слабовидящие инвалиды могут достигнуть различных уровней сформированности навыков и умений. При достижении третьего и четвертого уровней сформированности умений и навыков осуществляется переход на следующую ступень, этап обучения. При достижении первого и второго уровня специалист рекомендует инвалиду старше 18 лет повторный курс обучения на той же ступени.

Перед началом повторного курса реабилитации проводится тестирование для выявления остаточного уровня умений и навыков по предыдущему курсу обучения и определения дальнейшего этапа и ступени обучения.

Показателем эффективности по курсу является процент инвалидов старше 18 лет, которые достигли третьего и четвертого уровня сформированности умений и навыков и переведены на следующую ступень обучения.

Ежегодно в Центре пересматриваются целевые показатели по каждому курсу социально-педагогической реабилитации. Это позволяет делать анализ качества оказываемых услуг и принимать конкретные меры для их улучшения и повышения результативности. Полученные в ходе реабилитации знания инвалиды закрепляют в домашних условиях. При повторных курсах реабилитации в Центре, в зависимости от уровня закрепившихся навыков, разрабатывается новый маршрут более сложного уровня, либо инвалиды с нарушением зрения, проходят повторный курс по не закрепившимся знаниям и умениям. Специалисты Центра осуществляют сопровождение инвалида в постреабилитационный период. Оно включает в себя: оснащение методическими пособиями в виде книг и видеофильмов; патронаж через телефонную связь, и в сети интернет с помощью программы «Skype».

*Целью социокультурной реабилитации является* организация увлекательных культурно-досуговых мероприятий направленных на более быструю адаптацию инвалидов к новой среде их пребывания и, как следствие – дополнительное положительное воздействие по эффективности на социальную реабилитацию.

*Задачи:*

- создать эмоционально-комфортный климат;
- сформировать активную жизненную позицию;
- развить личность каждого инвалида через самореализацию в условиях игровых ситуаций.



Таблица 1 – Программы курсов реабилитации по социально-педагогической реабилитации

Наименование курса	Цель	Основные задачи	Этапы обучения		
			Начальный	Основной	Заключительный
Обучение социально-средовой адаптации: пространственному ориентированию и мобильности	– формирование у инвалидов с нарушением зрения умений и навыков самостоятельной ориентировки и передвижения в пространстве с помощью или без помощи технических средств реабилитации	– сформировать навыки использования сохранных анализаторов при передвижении в пространстве; – развить пространственное мышление и умение запоминать маршрут; – сформировать практические навыки передвижения с тактильной тростью и другими тифлотехническими средствами, применяемыми при ориентировке в пространстве; сформировать практические навыки ориентировки в замкнутом и открытом пространстве	I ступень – ориентирование с помощью плана, макета, карты, использование сохранных анализаторов и защитных техник при передвижении в помещениях центра, передвижение с сопровождающим. II ступень – подбор тактильной трости, передвижение с помощью тактильной трости. III ступень – передвижение с помощью тактильной трости с применением различных техник, передвижение с помощью тифлотехнических средств	I ступень – передвижение по территории центра с использованием различных техник, составление маршрутов. II ступень – использование сохранных анализаторов при передвижении на улице, с опытным и случайным сопровождающим, выделение ориентиров при передвижении на улице. III ступень – определение видов перекрестков и их пересечение. IV ступень – использование различных приемов работы тростью по населенному пункту, составление маршрутов в населенном пункте	I ступень – ориентирование во дворах населенного пункта, в торговом центре. II ступень – ориентирование на автовокзале, на железнодорожном вокзале. III ступень – отработка техник передвижения в помещении, на улице
Обучение социально-бытовой ориентировке и адаптации	– формирование у инвалидов с нарушением зрения максимально возможного уровня самостоятельности через освоение (восстановление) социально-бытовых, культурно-гигиенических навыков в бытовой и социальной сферах, повседневной деятельности	– сформировать навыки самообслуживания и личной гигиены на измененной (резко суженной) сенсорной основе; – сформировать навыки работы с медицинскими и бытовыми тифлоприборами, современной бытовой техникой; – ознакомить с рациональными приемами ведения домашнего хозяйства; – привить навыки культурного поведения и хорошего вкуса; достигнуть более высокую степень самостоятельности в быту	I ступень – личная гигиена, знакомство с медицинскими и бытовыми тифлоприборами, II ступень – одежда и обувь, уход за одеждой и обувью, III ступень – здоровое питание, приготовление бутербродов, заваривание чая	I ступень – уход за квартирой и современный интерьер, II ступень – ремонт одежды, III ступень – нормы этикета, правила поведения в общественных местах и дома, IV ступень – знакомство с современными бытовыми приборами и тифлоприборами для приготовления пищи. Приготовление пищи (отварной картофель, салат, пицца)	I ступень – здоровый образ жизни и его основные составляющие. II ступень – уход за предметами интерьера. III ступень – столовый и гостевой этикет. IV ступень – безопасность на кухне, приготовление пищи (первое, второе блюда, напитки, выпечка). V ступень – гарденотерапия
Обучение компьютерной грамотности	– формирование у инвалидов с нарушением зрения навыков работы с современными компьютерными технологиями и создание условий для их успешной социальной адаптации	– обучить с помощью программы экранного доступа Jaws невидуальному способу работы за компьютером; – сформировать с помощью программ экранного доступа навыки работы с сенсорными устройствами; – развить навыки сознательного и рационального использования компьютера и специальных тифлотехнических средств слепыми и слабовидящими инвалидами старше 18 лет в повседневной деятельности. – сформировать и развить алгоритмическое и логическое мышление	I ступень – знакомство с компьютером, десятипальцевой системой печати, набор текста при помощи брайлевского дисплея. II ступень – знакомство с рабочим столом операционной системы Windows, библиотекой пользователя, командами перемещения в Проводнике с помощью брайлевского дисплея. III ступень – работа в локальной и глобальной сети; работа в интернете с помощью брайлевского дисплея. IV ступень – изучение жестов управления смартфоном с операционной системой Android	I ступень – работа с фрагментами текста в редакторе MicrosoftWord, командами перемещения по тексту с помощью брайлевского дисплея. II ступень – формирование личной библиотеки пользователя, изучение команд переноса информации с помощью брайлевского дисплея. III ступень – электронная почта, получение и отправка письма; знакомство с рассылками незрячих пользователей. IV ступень – управление сенсорным устройством на платформе Apple с помощью жестов и голоса; работа с приложениями	I ступень – команды форматирования текста в редакторе MicrosoftWord, редактирование текста с помощью брайлевского дисплея. II ступень – сканирование и распознавание текста; брайлевские органайзеры: знакомство с функциями органайзеров Promto-16 и Esys-12. III ступень – регистрация и работа в социальной сети Вконтакте. IV ступень – знакомство со специальными приложениями на смартфонах с операционной системой Android

В Центре реализуются следующие виды культурно-досуговых программ: познавательно-развлекательная программа (конкурс, викторина, интеллектуальная игра); празднично-историческая программа (литературно-музыкальные композиции к памятным датам, концертные программы и др.); танцевально-игровая программа (вечер отдыха, тематическая дискотека); фольклорная программа (обрядовые праздники).

Эффективность социокультурной реабилитации оценивается по таким показателям, как расширение круга интересов, восстановление коммуникативных способностей, привитие навыков общения, активизация в проведении досуга.

С целью обеспечения оптимального, личностно-ориентированного подхода в реабилитации инвалидов, создана социально-медико-психолого-педагогическая комиссия (СМППК). На заключительном заседании комиссии оценивается результат реабилитации и вырабатываются дальнейшие рекомендации по реабилитации для специалистов комплексных центров социального обслуживания населения (далее – КЦСОН), ведущих постреабилитационное сопровождение инвалидов по месту жительства.

Таким образом можно сделать вывод о том, что накопленный специалистами Центра медицинской и социальной реабилитации «Пышма» многолетний опыт комплексной реабилитационной помощи инвалидам с нарушением зрения, индивидуальный и личностно-ориентированный подход к реабилитации каждого инвалида, позволяет достичь положительной динамики и сделать процесс реабилитации эффективным. Чередование реабилитационного курса в стационарных условиях и закрепление сформированных навыков в привычных домашних условиях позволяет достичь большего результата. Поддержка инвалидов по зрению специалистами Центра в межреабилитационный период и специалистами КЦСОН на местах проживания, позволяет инвалиду по зрению стать более самостоятельным, независимым, существенно улучшить качество своей жизни и быть максимально интегрированным в общество.

#### **Библиографический список**

1. Кавокин, С.Н. Профессиональная реабилитация и занятости населения / С.Н. Кавокин. – М., 1997. – Текст : непосредственный.
2. Руководство по медико-социальной экспертизе и реабилитации. Т. 1 / Под ред А.И. Осадчих. – М., 1999. – С. 11. – Текст : непосредственный.
3. Холостова, Е.И. Социальная работа с инвалидами : учебное пособие / Е.И. Холостова. – М. : Издательско-торговая корпорация «Дашков и К<sup>о</sup>», 2006. – 240 с. – Текст : непосредственный.

**Информация об авторах:** И.А. Дюкова, [dyuckowa.ira@yandex.ru](mailto:dyuckowa.ira@yandex.ru)

**Information about the authors:** I.A. Dyukova, [dyuckowa.ira@yandex.ru](mailto:dyuckowa.ira@yandex.ru)

#### **Обеспечение инвалидов по зрению собаками-проводниками в Российской школе подготовки собак-проводников ВОС**

**А.А. Астанин**

Частное образовательное учреждение дополнительного образования «Российская школа подготовки собак-проводников Общероссийской общественной организации инвалидов «Всероссийское ордена Трудового Красного Знамени общество слепых», г. Балашиха, 109012, Россия

**Аннотация.** В статье представлен опыт Российской школы подготовки собак-проводников Всероссийского общества слепых по социальной реабилитации инвалидов по зрению, подготовке и передаче собак-проводников, обучению инвалидов по зрению использованию собак-проводников в процессе пространственной ориентации и самостоятельного передвижения. Рассмотрены проблемы инвалидов по зрению, связанные с получением и использованием собак-проводников как технического средства реабилитации. Намечены пути решения этих проблем.

**Ключевые слова:** инвалиды по зрению, собаки-проводники, технические средства реабилитации, ИПРА, Всероссийское общество слепых.

## **Provision of blind people with assistance dogs at the Russian School of VOS Guide Dogs Training**

**A.A. Astanin**

CEO Russian guidedogs School The All's Russia Association of the Blind,  
Balashikha, 109012, Russia

**Annotation.** The article presents the experience of the Russian school for training guide dogs of the All-Russian Society of the Blind in the social rehabilitation of visually impaired people, the training of guide dogs, training visually impaired people to use guide dogs. The problems of the visually impaired associated with the receipt and use of guide dogs are considered. The ways of solving these problems are outlined.

**Key words:** visually impaired, blind people, guide dogs, technical means of rehabilitation, IPRA, All-Russian Society of the Blind.

Российская школа подготовки собак-проводников Всероссийского общества слепых (далее – Школа) – это единственное в Российской Федерации специализированное учреждение в области оказания услуг по социальной реабилитации инвалидов по зрению и подготовке собак-проводников, имеющее лицензию на право ведения образовательной деятельности. Школа проводит обучение инвалидов по зрению обращению с собакой-проводником, готовит и ежегодно передает незрячим 60 собак-проводников.

Школа была основана в 1960 году постановлением Совета Министров РСФСР по инициативе Всероссийского общества слепых на базе одного из подразделений Центральной школы военного собаководства. У истоков ее создания стояли офицеры запаса и отставные военные, специалисты по дрессировке Н.Е. Орехов, Н.А. Латушкин, А.Л. Куприянов, первым директором Школы был назначен Николай Егорович Орехов. За 18 лет его руководства Школой была создана уникальная методическая база подготовки собак-проводников, которая стала основой научно-методической работы Школы.

На сегодняшний день Школа является единственным в нашей стране учреждением, имеющим собственную территорию и материально-техническую базу для развития и содержания племенного фонда, рабочего поголовья, все условия для обучения и проживания инвалидов по зрению, подготовки собак-проводников, ветеринарного обслуживания: общежитие, здание ветеринарной части, питомник для щенков, теплые вольеры с выгульными площадками, инженерную инфраструктуру, тренировочный городок и другие сооружения, а также штат квалифицированных инструкторов и более чем 60-летний опыт работы по подготовке собак-проводников. За время существования Школой подготовлено и передано инвалидам 1 группы по зрению из различных регионов Российской Федерации более 4600 собак.

С 2006 года Школа является поставщиком Фонда социального страхования Российской Федерации (далее – ФСС) и ведет работу по обеспечению инвалидов таким техническим средством реабилитации, как собака-проводник с комплектом специального снаряжения. Получить собаку-проводника могут инвалиды по зрению, в индивидуальной программе реабилитации и абилитации которых в качестве технического средства реабилитации рекомендована собака-проводник. Для получения собаки инвалид по зрению обращается с заявлением в территориальный орган ФСС по месту жительства и заполняет разработанную специалистами Школы анкету. В анкете указывается социальный статус инвалида, условия его проживания, уровень социальной активности, его предпочтения по выбору породы, пола, масти и характера собаки. Подбор пары человека и собаки-проводника является важной и неотъемлемой частью работы Школы, это сложная и ответственная работа, требующая индивидуального подхода. Специалисты Школы рассматривают все заявления на получение

собаки-проводника, поступающие из ФСС, проводят анализ и кропотливую работу по подбору собаки в соответствии с запросами инвалида.

Только после завершения специальной подготовки и сдачи собакой и ее инструктором экзамена, специалистами Школы определяется ее будущий владелец. Инвалид по зрению получает вызов на обучение, в рамках которого в течение двух недель осваивает знания и умения по содержанию и использованию собаки-проводника в процессе пространственной ориентации и самостоятельного передвижения в условиях городской среды. После сдачи экзамена инвалид по зрению получает собаку-проводника с комплектом снаряжения и необходимые документы: договор безвозмездного пользования собакой-проводником, а также паспорт на собаку-проводника и ветеринарный паспорт. Именно паспорт собаки-проводника, форма которого установлена приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 22 июня 2015 N 386н [2], дает право беспрепятственного доступа инвалиду по зрению в сопровождении собаки-проводника на объекты социальной, инженерной и транспортной инфраструктур. Выдача паспорта собаки-проводника производится на основании направления для получения собаки-проводника, выданного инвалиду по зрению территориальным отделением ФСС по месту жительства.

Важным направлением деятельности Школы является организация сопровождения инвалидов по зрению – владельцев собак-проводников уже после того, как они прошли обучение, сдали выпускные экзамены и, возвратившись домой, начали ежедневно работать на маршрутах. На этом этапе инвалиду по зрению необходима квалифицированная помощь инструктора-методиста, подготовившего его собаку, советы ветеринарного врача Школы по различным вопросам содержания, ветеринарного обслуживания и использования собаки-проводника. Для решения этих вопросов Школой в различных форматах проводятся консультации владельцев собак-проводников, выезды, встречи, занятия по коррекции поведения собак и иные мероприятия.

Необходимость сопровождения инвалида по зрению и проведения таких занятий чаще всего обуславливается ошибками, которые допускают владельцы собак-проводников в ходе работы со своими питомцами. Школой поддерживается связь с региональными сообществами владельцев собак-проводников, эта работа проводится совместно с региональными организациями ВОС, руководители и специалисты которых оказывают помощь и поддержку инвалидам по зрению – владельцам собак-проводников в решении тех проблем, с которыми они сталкиваются.

Важным мероприятием в работе с выпускниками Школы является организация и проведение Всероссийского конкурса ВОС с участием инвалидов по зрению и их собак-проводников «Мы с хозяином вдвоем». Это уникальное мероприятие, в рамках которого владельцы собак-проводников могут продемонстрировать те результаты, которых они смогли добиться, работая со своей собакой. Соревновательные мероприятия, проводимые в рамках конкурса, позволяют его участникам продемонстрировать не только навыки управления собакой в рамках общего курса дрессировки, но также показать работу на маршруте, творческие номера, которые инвалиды по зрению подготовили вместе со своими собаками.

Конкурс проводится уже восемнадцать лет и направлен на популяризацию собак-проводников как технического средства реабилитации, средства психологической и социальной реабилитации, коммуникации и интеграции инвалидов по зрению в общество, раскрытие индивидуальных способностей инвалидов по зрению, совершенствование имеющихся и приобретение новых навыков собаками-проводниками, создание комфортной среды обитания для собак-проводников и другие цели. Такое мероприятие является также неотъемлемой частью учебно-методической работы Школы по корректировке программ обучения инвалидов по зрению и подготовке собак.

Социально значимые мероприятия для инвалидов по зрению, проводимые Школой, направлены как на развитие методической базы учреждения, так и на решение важных задач по преодолению тех трудностей, с которыми сталкиваются инвалиды по зрению – владельцы собак-проводников.

Основными из этих проблем можно назвать следующие:

Во-первых, это недостаточный размер ежегодной денежной компенсации расходов на содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников. По данным, полученным от сообществ владельцев собак-проводников, содержание такой собаки для ее владельца обходится в сумму, варьирующуюся от региона к региону, но во всех случаях превышающую 80 тыс. руб. в год. На сегодняшний день в соответствии с ч. 16 ст. 11.1 Федерального закона от 24 ноября 1995 N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [3] и Постановлением Правительства Российской Федерации от 27 января 2022 N 57 «Об утверждении коэффициента индексации выплат, пособий и компенсаций в 2022 году» [5] размер ежегодной денежной компенсации расходов на содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников составляет 28 748,61 руб. Решением этого вопроса могли бы стать:

- опережающая индексация ежегодной денежной компенсации расходов на содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников;
- определение региональной выплаты на содержание собаки-проводника из средств бюджетов Российской Федерации (внедрение лучших региональных практик, реализованных в Амурской области и на Камчатке);
- бесплатная диспансеризация и ветеринарное обслуживание собак-проводников в государственных ветеринарных клиниках по месту жительства или пребывания инвалида по зрению (внедрение лучших региональных практик, реализованных в г. Москве).

Во-вторых, эмоциональная связь между владельцем и собакой-проводником, возникающая в ходе многолетнего использования собаки-проводника инвалидом по зрению часто приводит к тому, что после потери собакой рабочих качеств проводника по причине возраста или болезни незрячий человек не может отказаться от своего питомца, но и взять на содержание новую собаку-проводника ему не позволяют его финансовые возможности. В этом случае следует предусмотреть ежегодную компенсацию расходов на содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников, потерявших свои рабочие качества в силу возраста или болезни. Подобная инициатива в настоящее время проходит обсуждение в Законодательном собрании города Санкт-Петербурга.

В-третьих, уход из жизни собаки-проводника является трагедией для его владельца. В этой ситуации инвалид по зрению остается один на один со своей бедой и проблемой, связанной с транспортировкой, определением причин смерти и утилизацией трупа животного. Решение этой проблемы сопряжено с необходимостью получения заключения о смерти животного с целью постановки на очередь для получения собаки-проводника. В то же время оно требует определенных финансовых затрат, которые ложатся на инвалида по зрению.

В-четвертых, в соответствии с пп. г) п. 5 Правил обеспечения инвалидов собаками-проводниками и выплаты ежегодной денежной компенсации расходов на содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 ноября 2005 N 708 [4] (далее – Постановление), расходы по проезду инвалида и сопровождающего его лица для получения собаки-проводника к месту нахождения отобранной организации и обратно, в том числе по провозу собаки-проводника, возмещаются уполномоченным органом по заявлению инвалида, к которому прилагаются проездные документы. Возмещение расходов, в том числе, производится исходя из стоимости проезда воздушным транспортом (в салоне экономического класса) на расстояние свыше 1500 километров или при отсутствии железнодорожного сообщения. При этом, Постановлением не определено каким способом определять это расстояние, что влечет за собой факты отказа территориальных отделений ФСС инвалидам по зрению в возмещении расходов на проезд инвалида и сопровождающего его лица для получения собаки-проводника к месту нахождения отобранной организации и обратно воздушным транспортом по причине того, что дальность перелета составляет менее 1500 километров при дальности проезда железнодорожным транспортом свыше 1700 километров.

До сих пор остаются не решенными и вопросы обеспечения доступности объектов социальной, инженерной и транспортной инфраструктур для инвалидов по зрению в сопровождении собак-проводников. Особенно актуально эта проблема стоит для объектов здравоохранения, спортивно-досуговой деятельности и гостиниц. Требуется также законодательного определения возможности нахождения собаки-проводника на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур и в транспорте без намордника.

#### **Библиографический список**

1. Астанин А.А. О российской школе подготовки собак-проводников, ее прошлом, настоящем и будущем / А.А. Астанин. – Текст : непосредственный. // Экспертно-аналитический журнал «Доступная Среда». – 2022. – № 3 (11) октябрь. – С. 24 – 29.

2. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 22 июня 2015 N 386н «Об утверждении формы документа, подтверждающего специальное обучение собаки-проводника, и порядка его выдачи». – URL: СПС КонсультантПлюс. – Текст : электронный (дата обращения: 25.11.2022).

3. **Российская Федерация. Законы.** О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный закон от 24 ноября 1995 N 181-ФЗ. – URL: СПС КонсультантПлюс. – Текст : электронный (дата обращения: 25.11.2022).

4. **Российская Федерация. Постановления.** Об утверждении Правил обеспечения инвалидов собаками-проводниками и выплаты ежегодной денежной компенсации расходов на содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников : Постановление Правительства Российской Федерации от 30 ноября 2005 N 708. – URL: СПС КонсультантПлюс. – Текст : электронный (дата обращения: 25.11.2022).

5. **Российская Федерация. Постановления.** Об утверждении коэффициента индексации выплат, пособий и компенсаций в 2022 году : Постановление Правительства Российской Федерации от 27 января 2022 N 57. – URL: СПС КонсультантПлюс. – Текст : электронный (дата обращения: 25.11.2022).

**Информация об авторах:** А.А. Астанин, [info@sobakaprovodnik.ru](mailto:info@sobakaprovodnik.ru), SPIN-код автора: 2924-6743  
**Information about the authors:** A.A. Astanin, [info@sobakaprovodnik.ru](mailto:info@sobakaprovodnik.ru)

#### **Реализация программы «Дневное пребывание детей» в социальном учреждении в условиях полустационара**

**О.Ю. Лыткина**

Краевое государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Реабилитационный центр для детей-инвалидов, детей и подростков с ограниченными возможностями «Радуга», г. Красноярск, 660112, Россия

**Аннотация.** В статье описан опыт организации на базе социального учреждения групп дневного пребывания детей в возрасте от 4 до 18 лет, имеющих различные нарушения. Актуальность данного направления заключается в том, что в настоящее время все больше проявляется интерес к вопросам социальной реабилитации и интеграции в общество детей в возрасте от 0 до 18 лет с проблемами в развитии, так как усвоение принятых в обществе социальных норм и правил происходит через социализацию. Социализация же, в свою очередь, подразумевает процесс и результат усвоения и активного воспроизводства индивидом социального опыта. Целью работы групп дневного пребывания детей является социальное и эмоционально-личностное развитие детей с нарушениями развития.

**Ключевые слова:** адаптация, социализация, реабилитация, инклюзивное образование, дети с нарушениями в развитии, дневная занятость, режимные моменты, предметно-пространственная среда, техники и направления.

## Implementation of the program "Day stay of children" in a social institution in a semi-hospital

O.Yu. Lytkina

Regional State Budgetary Institution of Social Services «Rehabilitation Center for Disabled Children, Children and Adolescents with Disabilities «Rainbow», Krasnoyarsk, 660112, Russia

**Abstract.** The article describes the experience of organizing day care groups for children aged 4 to 18 years with various disabilities on the basis of a social institution. The relevance of this direction lies in the fact that at present there is more and more interest in the issues of social rehabilitation and integration into society of children aged 0 to 18 with developmental problems, since the assimilation of social norms and rules accepted in society occurs through socialization. Socialization, in turn, implies the process and result of the assimilation and active reproduction of social experience by the individual. The purpose of the work of day care groups for children is the social and emotional-personal development of children with developmental disorders.

**Key words:** adaptation, socialization, rehabilitation, inclusive education, children with developmental disabilities, daily employment, regime moments, object-spatial environment, techniques and directions.

Актуальность темы статьи обусловлена тем, что растет число детей имеющих различные нарушения развития. По данным Федерального реестра инвалидов (ФГИС ФРИ) на начало 2022 года количество детей с различными нарушениями в развитии ставило 6,1 % на 1000 населения [4]. Отмеченное увеличение численности детей указанной категории определило проблему, связанную с адаптацией и социализацией детей с нарушениями в развитии.

Вопросами в области адаптации личности занимаются такие психологи и педагоги, как: А.И. Баркан, Я.Л. Коломенский, В.С. Мухина, Л.И. Плаксина, О.Г. Приходько, Н.Я. Семаго, Л.И. Солнцева и др. Само по себе понятие «адаптации» имеет широкое значение, которое в большей степени сводится к приспособлению к окружающим условиям.

Проблемы адаптации открывают многие трудности, в которых на первый план выходят задачи интеграции ребенка в дошкольные и школьные учреждения [2]. Несмотря на то, что системой образования взят курс на развитие инклюзивного образования, тем не менее, детям с серьезными двигательными или психическими нарушениями развития, с эмоционально-личностными отклонениями, с эпилептическими припадками, включение в образовательную среду становится недоступно, так как они нуждаются в постоянном сопровождении, что не всегда обеспечивается учреждением [1, С. 59-66].

Данная ситуация вскрывает ряд противоречий с нормами законодательства Российской Федерации, в которых за государством закреплена обязанность, оказывать поддержку семьям в воспитании детей дошкольного и школьного возраста, с обеспечением доступности образовательных услуг для всех слоёв населения.

Инклюзивное образование основывается на идее единого образовательного пространства для учащихся, как с особыми образовательными потребностями, так и без них. При этом существующая система психолого-педагогической помощи семьям, имеющим детей-инвалидов, ориентирована на работу с детьми в двух формах: в классе или в индивидуальном порядке на дому. В образовательных учреждениях разных регионов Российской Федерации реализуются коррекционно-развивающие программы [3, С. 101-104].

Основным компонентом социализации детей является формирование их самостоятельности, как «ребенка-субъекта действия» и «субъекта коммуникации». Для многих детей, имеющих множественные нарушения развития, большими достижениями являются: овладение умениями и навыками по организации индивидуальных действий и деятельности, а также эффективное включение в коммуникацию с одним человеком или сообществом. Все это свидетельствует об актуальности проблемы социализации детей разных возрастов и необходимости создания специальной программы. Поэтому нами была разработана программа «Дневного пребывания детей» (далее – Программа), которая реализуется на базе Краевого государственного

бюджетного учреждения социального обслуживания «Реабилитационный центр для детей-инвалидов, детей и подростков с ограниченными возможностями «радуга» (далее – КГБУ СО «Реабилитационный центр «Радуга») с 2014 года.

Цель Программы: развитие ребенка, как субъекта, через групповые занятия для формирования навыков социального взаимодействия в обществе посредством предоставления ему, возможности получения жизненного опыта приближенного к «типичному», через организацию работы в группе с формированием социально приемлемого поведения и развития навыков самостоятельности. Продолжительность курса реабилитации 21 день.

Целевые группы Программы: дети с различными нарушениями развития (как двигательными, так и ментальными нарушениями) в возрасте от 4 до 18 лет и их родители.

Программа реализуется в соответствии с индивидуальным маршрутом реабилитации ребенка, что позволяет обеспечить охрану и укрепление его психического и физического здоровья, эмоциональное благополучие, развитие и формирование у него необходимых навыков. В программе имеется описание организации детской занятости в виде специально организованных предметно-ориентированных занятий с различными видами деятельности, которые способствуют развитию детей, и их взаимодействию с семьями. Программа построена с учетом развития таких психических процессов как мышление, память, внимание, восприятие, речь. Ограничения психических и познавательных возможностей не позволяют ребёнку успешно справляться с задачами и требованиями, предъявляемыми обществом. Дети с различными нарушениями быстрее устают, чем дети без них, что приводит к потере ими интереса к продуктивной деятельности. Поэтому при организации работы с группой детей, педагог для определения индивидуального «актуального возраста» ориентируется не на календарный возраст ребенка, а на его индивидуальные достижения во всех сферах развития личности. Каждый ребенок имеет свой темп развития, который необходимо учитывать педагогу при организации групповой работы с целью защиты ребенка от переутомления и дезорганизации.

Группы дневного пребывания работают ежедневно с 8:30 до 17:30 в течение всего времени реабилитации. Подбор детей осуществляется согласно классификации возраста по группам: младшая – 4-7 лет, средняя – 7-13 лет, подростковая – 13-18 лет. Наполняемость группы каждой возрастной категории составляет 8 детей с различной степенью сформированности умственных и физических функций. Организация групповой работы строится с учетом тематического планирования и режима дня, как обязательного условия с четко прописанным темпом и ритмом занятий, а также их структуры и видов деятельности.

Отличия дневного отделения на базе социального учреждения от образовательного учреждения следующие:

- во-первых, в рамках отделения дневного пребывания вся работа строится вокруг детей, где дети являются ключевыми условиями построения всех процессов, в свою очередь, в образовании есть четкие планы, в которые ребенок должен включиться;

- во-вторых, не все дети могут быстро приспосабливаться к тем условиям, в которых они прибывают, соответственно период адаптации может составлять от 1 часа до 3-4 часов или нескольких дней, что зависит от физического, психологического состояния конкретного ребенка. В зависимости от эмоционального фона ребенка, его навыков и умений педагоги социального учреждения подбирают разные формы его включения в группу с отсутствием или полным/частичным присутствием родителя/законного представителя на период адаптации (так как в силу особенностей развития ребенок привязан к матери и разлука с ней для него тяжела). На этапе вхождения в группу к каждому ребенку подбираются необходимые для него способы взаимодействия со взрослыми и сверстниками для того, чтобы каждый ребенок смог овладеть доступными, для себя, видами деятельности;

- в-третьих, вся групповая деятельность в социальном учреждении строится из возможностей и реабилитационного потенциала ребенка;

- в-четвертых, Программа, основывается на программе «Сообщество» в которой принципиальным моментом является основной ресурс – дети, имеющие свой собственный



разнообразный жизненный опыт. Педагог же создает только среду для развития детей, которая включает комплекс эргономических, эстетических, психолого-педагогических условий педагогического процесса, необходимого для использования освоенных видов деятельности в самостоятельной жизни.

Конечно, в Программе предусмотрены и правила, которые могут существенно отличаться от тех, которые приняты у ребенка дома. Соответственно педагогу необходимо тщательно подбирать необходимые инструменты для формирования у детей знаний относительно правил поведения в группе. Правила необходимы для того, чтобы у ребенка правильно формировалось понимание режимных моментов и стойкого понимания того, что в группе он не только играет.

Программа также подразумевает и специальную предметно-развивающую среду, которая направлена на побуждение детей к исследованию с проявлением инициативы и творчества.

Все помещения групп разделяется на несколько центров активности (искусства, конструирования, драматизации, математики и манипуляторных игр, литературы, музыки), в каждом из которых содержится достаточное количество материалов для исследования и игры. Все центры активности используются педагогами для организации занятий.

Материалы в пространстве группы располагаются следующим образом:

- материалы, игрушки, игры, которые можно брать детям, располагаются в непосредственном доступе для детей;
- все, что нельзя брать детям, убирается в закрытые шкафы, а лучше и вовсе из помещения группы.

За одно занятие ребенок может поработать в нескольких центрах активности, главное – стимулировать ребенка к тому, чтобы задание в каждом центре было закончено.

В групповых помещениях оформлен стенд «Визуальное расписание» со съемной информацией, на котором есть место для календаря, для планирования дня группы, для индивидуального планирования, для фотографий детей. Данный стенд наполняется во время «Утреннего круга» совместно с детьми, на котором дети делятся новостями, говорят о погодных явлениях, планируют свой личный и день группы, а также обсуждают тему дня, выбирают центр активности, где конкретный ребенок группы будет сегодня работать.

Программа состоит из следующих разделов:

- 1) «Развитие речи», включающий методики и упражнения, позволяющие расширить речевые возможности детей;
- 2) «Изобразительная деятельность», «Музыка» и «Ручной труд», включающие методики и упражнения, позволяющие расширить творческие возможности детей;
- 3) «ОБЖ», включающий по знакомству детей с элементарными правилами безопасного поведения в различных ситуациях, сформировать у детей умение самостоятельно применять их на практике;
- 4) «Экспериментирование», включающий описание различных опытов, которые позволяют развивать познавательный интерес у детей;
- 5) «Окружающий мир», включающий информацию об окружающем нас мире, знания которой формирует у детей представления о существующих закономерностях, связях и представлениях;
- 6) «Растениеводство» включает информацию о цветах, запахах, тактильных ощущениях, а также о правилах ухода и выращивания растений и т.д.;
- 7) «Продуктивная деятельность», включающий методики и упражнения, направленные на развитие мелкой моторики и графо-моторных функций.

Помимо обязательных разделов, включенных в групповую работу с детьми, ежедневно педагог проводит индивидуальные занятия с детьми по формированию навыков самостоятельности и развитию их учебных навыков.

Законные представители/родители ребенка являются партнерами данной Программы, которых очень важно вовлекать в процесс воспитания и развития детей, так как, присутствуя на занятиях и участвуя в них, они имеют возможность наблюдать за тем, как дети учатся,

занимаются с различными материалами и общаются. Это необходимо для того, чтобы перенести данные знания в домашние условия. Привлечение родителей достигается через личные встречи, информационные стенды, родительские собрания, а также по средствам сети Интернет и различных мессенджеров.

Участие родителей на занятиях в группе предусмотрены с учетом договоренности педагога и родителя о времени присутствия (раз в неделю, весь период пребывания ребенка в группе или помощь на период подготовки определенного материала).

Таким образом, Программа позволяет включить в процесс социализации любого ребенка, через групповую работу, в рамках которой у него будут развиваться те универсальные знания и умения, которые ему помогут в будущем включиться в процесс образования на любом его этапе. За время реализации данной Программы более 60 % детей смогли включиться и успешно освоить программный материал образовательного учреждения, более 80 % научились навыкам самостоятельности, а 63 % полностью перестали зависеть от законного представителя/родителя. Программа позволяет детям чувствовать себя успешным в той или иной деятельности и перестать зависеть от законного представителя/родителям.

### Библиографический список

1. Абанина, К.А. Современные проблемы, тенденции и пути социализации детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях школы / К.А. Абанина, Н.Н. Роготень, О.Г. Федоров. – Текст : электронный // Социальные отношения. – 2016. – N 2 (17). – С. 59-66. – URL: [https://elibrary.ru/download/elibrary\\_26187000\\_30645730.pdf](https://elibrary.ru/download/elibrary_26187000_30645730.pdf) (дата обращения: 25.11.2022).
2. Балл, Г.А. Понятие адаптации и его значение для психологии личности / Г.А. Балл. – Текст : электронный // Вопросы психологии. – 1989. – N 1. – С. 119-122. – URL: <http://www.voppsy.ru/issues/1989/891/891092.htm> (дата обращения: 22.11.2022).
3. Казорина, А.А. Адаптация детей дошкольного возраста в инклюзивной образовательной среде / А.А. Казорина, О.Н. Руденская, Е.Г. Самарцева, Т.Н. Наливалкина. – Текст : электронный // Психолого-педагогические программы и технологии в образовательной среде : каталог – 2019 / Коллективная монография / под редакцией В.В. Рубцова, Ю.М. Забродина, И.В. Дубровиной, Е.С. Романовой. – М. : ФГБОУ ВО МГППУ, 2019. – С. 101–104. – URL: <https://resursyar.ru/files/slujba/paket/katalog2019.pdf> (дата обращения: 22.11.2022).
4. **Федеральная государственная информационная система.** Федеральный реестр инвалидов. – URL: <https://sfri.ru/analitika/chislennost/chislennost-detei?territory=05000000> (дата обращения: 02.11.2022). – Текст : электронный.

**Информация об авторах:** О.Ю. Лыткина, [missis.lytkina@bk.ru](mailto:missis.lytkina@bk.ru)

**Information about the authors:** O.Yu. Lytkina, [missis.lytkina@bk.ru](mailto:missis.lytkina@bk.ru)

### Использование современных технологий диагностики в условиях психолого-медико-педагогической комиссии как этап в системе реабилитации и абилитации детей-инвалидов

**А.И. Шулаков**

ГБОУ Свердловской области «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Ресурс», г. Екатеринбург, 620142, Россия

**Аннотация.** В статье представлен опыт Центральной психолого-медико-педагогической комиссии Свердловской области (ПМПК) по организации диагностики детей с тяжелыми множественными нарушениями развития (ТМНР). В работе применяется инновационное оборудование Айтреккер, отслеживающее микроактивность глаз при восприятии диагностических заданий. Использование Айтреккера в работе ПМПК как диагностического средства существенно расширяет возможности разработки специальной индивидуальной программы развития ребенка-инвалида и построения его индивидуальной траектории образования.

**Ключевые слова:** Айтрекер, тяжелые множественные нарушения развития, диагностика, психолого-медико-педагогическая комиссия, специальная индивидуальная программа развития.

### **Use of modern diagnostic technologies during psychological medical pedagogical commission like a stage in the system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people**

**Anton I. Shulakov**

State Budgetary Educational Organization of the Sverdlovsk Region “Center for Psychological, Pedagogical, Medical and Social Support “Resource”, Ekaterinburg, 620142, Russia

**Abstract.** This article focuses on the practical experience of the main psychological medical pedagogical commission in Sverdlovskaya region. Its specialists are engaged in diagnostics of children with severe multiple developmental disabilities. This paper describes important issues how innovative equipment (iTracker) can be used for such diagnostics. The author apply innovative approach and argue that it is very perspective for building an individual trajectory of education.

**Key words:** iTracker; severe multiple disabilities in development; diagnostics; psychological medical pedagogical commission; special individual development program.

*Введение.* В процессах социальной реабилитации и абилитации у ребенка-инвалида выбор образовательной траектории играет немаловажную роль. При этом эффективность абилитации зависит от того, насколько адекватно подобран образовательный маршрут. У ребёнка-инвалида с нарушением опорно-двигательного аппарата из-за физических ограничений имеются особые образовательные потребности, и отсутствие специально созданных условий обучения и воспитания часто ведет к нарушению адаптации. В связи с этим особую актуальность приобретают образовательные аспекты абилитации, как процесса развития потенциальных возможностей ребенка.

В условиях реализации Федеральных государственных образовательных стандартов (далее – ФГОС) для обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) [4], образовательные организации нуждаются в получении от специалистов психолого-медико-педагогических комиссий (далее – ПМПК) развернутых заключений, в которых описаны специальные образовательные условия, необходимые для обучающихся, с указанием направлений коррекционной работы педагогов.

В соответствии с требованиями ФГОС образовательная организация может самостоятельно разрабатывать два варианта адаптированной основной общеобразовательной программы (далее – АООП): вариант 1 – для обучающихся с легкой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) и вариант 2 – для обучающихся с умственной отсталостью (умеренной, тяжелой, глубокой), тяжелыми и множественными нарушениями развития.

Для детей, получающих образование по варианту 2 АООП в рамках разработки специальной индивидуальной программы развития (далее – СИПР), характерно интеллектуальное и психофизическое недоразвитие в умеренной, тяжелой или глубокой степени, которое может сочетаться с локальными или системными нарушениями зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, расстройствами аутистического спектра, эмоционально-волевой сферы, выраженными в различной степени.

*Актуальность.* Решение системы диагностических задач, связанных с обследованием данной категории детей, требует применения специальных диагностических методик. Существующие в практике традиционные диагностические средства позволяют фиксировать результат конкретного выполнения (невыполнения) ребенком предложенных заданий. При обследовании ребенка с тяжелой или глубокой умственной отсталостью, имеющего тяжелые множественные нарушения развития (далее – ТМНР), использование традиционных методов часто свидетельствует о невозможности объективно диагностировать уровень развития высших психических функций, уровни обучаемости и обученности, другие

характерные показатели. Подобные затруднения возникают, например, при обследовании неговорящих детей, имеющих умственную отсталость и нарушения двигательных функций рук вследствие детского церебрального паралича (ДЦП).

*Цель.* Обследование детей с ТМНР требует применения специальных диагностических методик. Существующие в практике традиционные диагностические средства позволяют фиксировать результат конкретного выполнения (невыполнения) ребенком предложенных заданий, исходя из уровня сформированности связей между восприятием инструкции, действием и речью. Вместе с тем у детей с ТМНР слово не выполняет функцию выстраивания взаимосвязи сенсомоторных процессов и мышления [2, с. 132].

При обследовании ребенка с ТМНР традиционными методами часто невозможно объективно диагностировать уровень развития высших психических функций, уровень обучаемости и обученности, другие показатели. Подобные затруднения возникают, например, при обследовании так называемых «неговорящих» детей, ранее считавшихся «необучаемыми», которые имеют умственную отсталость (интеллектуальные нарушения) и грубые сопутствующие нарушения.

*Материалы и методы.* В связи с трудностями обследования на ПМПК детей, которые не могут выразить свои реакции на выполнение заданий привычными способами – речью (звуками) или движениями, диагностика должна строиться на доступных для них приемах познавательной деятельности.

Исходной моделью для диагностической методики такого типа может служить Айтрекер – удобное средство регистрации направленности взора, то есть отслеживания координат взора и плоскости экрана, на котором предъявляются диагностические задания. Айтрекинг – это наблюдение за зрачками и запись движения глаз с помощью специального оборудования.

Регистрация движения глаз позволяет анализировать работу мозга, выявлять динамику функционального состояния, уровень развития восприятия, мышления, представлений и, соответственно, рассматривать движение глаз в качестве «индикатора нейрофизиологических процессов» [1, с. 17].

В результате диагностической работы составляется тепловая карта. Тепловая карта – это визуальное представление распределения внимания. Красный цвет на экране указывает на объекты, которые выделяет обследуемый, а зеленый означает области, которые в меньшей мере привлекли его внимание.

Использование технологий Айтрекера позволяет с высокой степенью достоверности определить реакции детей с ТМНР на выполнение предложенных заданий в соответствии с зоной их актуального развития, а также выявить возможность принятия помощи, то есть зону ближайшего развития.

*Результаты.* При проведении обследования детей с ТМНР на базе центральной ПМПК Свердловской области применяются технологии Айтрекинга. Для оцифровки диагностических материалов использованы диагностические методики С.Д. Забрамной, доказавшие свою валидность, надежность и объективность [3].

Особую сложность вызывает диагностическое обследование отдельных категорий детей – воспитанников ГКСУСО Свердловской области «Екатеринбургский реабилитационный центр для детей-инвалидов». Многие воспитанники, имеющие ТМНР, не могут самостоятельно передвигаться, не разговаривают. В этих случаях стандартные диагностические процедуры оказываются малоэффективными или полностью неэффективными.

При обследовании воспитанников с умеренной и тяжелой умственной отсталостью, имеющих выраженные ТМНР и достигших школьного возраста (6-7 лет), нами выделена группа детей, у которых проявились положительные глазо двигательные реакции при рассматривании изображений на панели Айтрекера. При этом обследование детей в обычных условиях с помощью традиционных методов не дало результатов.

Для проведения сопоставительного анализа нами была использована батарея методик, в отношении которых получено подтверждение их валидности как средства оценки

характеристик развития высших психических функций. В эту батарею вошли методики из диагностического комплекса С.Д. Забрамной. Картинки и таблицы использовались в оригинальном и в оцифрованном виде.

При параллельном применении традиционных методик и Айтрекера можно сделать выводы о том, что при диагностике детей с тяжелыми формами интеллектуальных нарушений и ТМНР в обычных условиях сложилось бы впечатление об отсутствии у них реакций на выполнение заданий, или о полной недоступности их выполнения. Фактически дети выполняют задания, выражая реакции в доступной для них форме – с помощью движений глаз.

Анализируя с помощью Айтрекера исходный уровень восприятия и мышления, обучаемости и обученности, можно выявить точки воздействия для коррекционной работы. Например, при разработке СИПР, уровень сформированности представлений и действий после традиционного обследования был бы оценен как «задание не выполняет», Айтрекер выявляет другой параметр: «выполняет задание с помощью, после обучения»; при исследовании сенсорного развития – «нейтральная реакция» меняется на «положительная реакция».

*Заключение.* Полученные результаты позволяют утверждать, что использование Айтрекера как диагностического средства существенно расширяет возможности построения траектории образования ребенка с тяжелыми формами интеллектуальных нарушений, множественными дефектами, ограничениями в двигательной активности, в части разработки СИПР.

Обследование с использованием Айтрекера – процедура очень оперативная (общая продолжительность обследования занимает около 10 минут) и вызывает интерес у обследуемых детей, а также позволяет представлять итоговые результаты в наглядной форме – в виде тепловых карт.

#### **Библиографический список**

1. Айтрекинг в психологической науке и практике : колл. монография / Отв. ред. В.А. Барабанщиков. – М. : Когито-Центр, 2015. – 410 с. – Текст : непосредственный.
2. Антропова, Ю.Ю. Новые технологии в психолого-медико-педагогической диагностике детей с тяжелыми множественными нарушениями развития: региональный опыт применения и интерпретирования / Ю.Ю. Антропова, И.А. Третьякова, А.И. Шулаков. – Текст : непосредственный // Известия Уральского федерального университета. – 2018. – Т. 24, N 4 (180). – С. 130-137.
3. Забрамная, С. Д. Изучаем, обучая : методические рекомендации по изучению детей с тяжелой и умеренной умственной отсталостью / С.Д. Забрамная, Т.Н. Исаева. – М. : ТЦ Сфера, 2007. – 64 с., прил. – Текст : непосредственный.
4. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 декабря 2014 N 1599 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)». – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70760670/> (дата обращения: 10.10.2022). – Текст : электронный.

**Информация об авторах:** А.И. Шулаков, [shulakov58@gmail.com](mailto:shulakov58@gmail.com)

**Information about the authors:** Anton I. Shulakov, [shulakov58@gmail.com](mailto:shulakov58@gmail.com)

#### **Опыт работы педагога-психолога по формированию интеллектуальной, мотивационной, социальной готовности детей-инвалидов к школьному обучению**

**Е.Н. Вуколова**

Государственное казенное учреждение социального обслуживания Владимирской области «Ковровский социально реабилитационный центр для несовершеннолетних»,  
г. Ковров, 601900, Россия

**Аннотация.** Современная психологическая наука предполагает использование эффективных инструментов реабилитации для восстановления когнитивных и социальных функций детей-инвалидов, в том числе в период подготовки детей данной категории к школьному обучению.

Расширение образовательных возможностей детей-инвалидов является наиболее продуктивным фактором их социализации в обществе, поскольку предоставляет им равные со здоровыми сверстниками возможности. Реализация специализированной программы дополнительного образования для таких детей позволяет оценить изменение у них уровня готовности к обучению и отследить через отзывы родителей пролонгированный результат после поступления детей в общеобразовательное учреждение.

Целью реализации общеобразовательной общеразвивающей программы дополнительного образования социально-гуманитарной направленности «Успешный старт» стало проведение мероприятий, способствующих повышению интеллектуальной, мотивационной, социальной готовности детей-инвалидов к школьному обучению.

В результате участия в программе удалось повысить уровень готовности детей-инвалидов к школьному обучению. У 65 % детей была зафиксирована положительная динамика компонентов школьной готовности, у 35 % относительно положительная динамика. Достигнутые результаты позволяют детям с инвалидностью с успехом справляться с программой школьного обучения в общеобразовательных учреждениях, а значит, социализироваться в одинаковых условиях с обычными сверстниками.

**Ключевые слова:** реабилитация детей-инвалидов, подготовка к школе, дополнительная общеобразовательная общеразвивающая программа, интеллектуальная готовность, мотивационная готовность, социальная готовность.

### **Work experience of a teacher-psychologist in the formation of intellectual, motivational, social readiness of disabled children for school**

**E.N. Vukolova**

State State institution of Social service Vladimir region "Kovrov Social Rehabilitation Center for Minors", Kovrov, 601900, Russia

**Abstract.** Modern psychological science assumes the use of effective rehabilitation tools to restore the cognitive and social functions of disabled children, including during the preparation of children of this category for school.

The expansion of educational opportunities for disabled children is the most productive factor of their socialization in society, since it provides them with equal opportunities with healthy peers. The implementation of a specialized program of additional education for such children makes it possible to assess the change in their level of readiness for learning and to track through the feedback of parents the prolonged result after the children's admission to a general education institution.

The purpose of the implementation of the general educational program of additional education of the socio-humanitarian orientation "Successful Start" was to carry out activities that contribute to improving the intellectual, motivational, social readiness of disabled children for school.

As a result of participation in the program, it was possible to increase the level of readiness of disabled children for school. 65 % of children had positive dynamics of school readiness components, 35 % had relatively positive dynamics. The achieved results allow children with disabilities to successfully cope with the school curriculum in general education institutions, which means that they can socialize in the same conditions with ordinary peers.

**Key words:** rehabilitation of disabled children, preparation for school, additional general educational general development program, intellectual readiness, motivational readiness, social readiness.

Одной из задач деятельности педагога-психолога является содействие интеллектуальному и личностному развитию детей с учетом их психофизических возможностей. Опыт пролонгированной работы с детьми-инвалидами, показывает, что отсутствие специальной

подготовки к обучению в дошкольном периоде зачастую тормозит процесс интеграции детей-инвалидов при поступлении в образовательные учреждения.

У детей-инвалидов, в отличие от здоровых сверстников, отмечается многообразие двигательных, речевых нарушений, нарушений познавательной деятельности и личностного развития. Множество и выраженность этих нарушений существенно затрудняет процесс социальной адаптации дошкольников, не позволяет им своевременно включиться в образовательное пространство, что обуславливает необходимость проведения коррекционной работы по подготовке их к школе. На основе опыта работы, педагогом-психологом в рамках программно-целевого подхода выработана система мероприятий, направленных на подготовку детей-инвалидов к школьному обучению.

Общеобразовательная общеразвивающая программа дополнительного образования социально-гуманитарной направленности «Успешный старт» направлена на повышение уровня готовности детей с ограниченными возможностями и детей-инвалидов к школе. Программа реализуется в отделении реабилитации детей с ограниченными возможностями и ранней помощи ГКУСО Владимирской области «Ковровский социально реабилитационный центр для несовершеннолетних» с 2018 г.

Данная программа адаптирована для подготовки к обучению детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей. Она обеспечивает коррекцию нарушений развития детей и их социальную адаптацию.

Отличительной особенностью программы является использование в работе программно-дидактических комплексов интерактивного сенсорного стола («Мерсибо плюс»), развивающе-коррекционных комплексов с видеобиоуправлением «Тимокко», «Буквы. Цифры. Цвет», «Игры с Тимом», что способствует повышению мотивации познавательной деятельности у детей, стремлению выполнить игровое задание до конца, повышению уровня произвольности внимания, освоению новых способов движения, формированию и совершенствованию двигательного контроля.

Полученные в результате реализации программы данные позволяют сказать, что проведенные мероприятия комплексной коррекционно-развивающей помощи детям-инвалидам в процессе подготовки к школьному обучению доказали свою эффективность и могут быть тиражированы специалистами различных сфер деятельности, работающими с детьми-инвалидами.

Целью реализации программы стало проведение мероприятий, способствующих повышению интеллектуальной, мотивационной, социальной готовности детей-инвалидов к школьному обучению в результате участия в общеобразовательной общеразвивающей программе дополнительного образования социально-гуманитарной направленности «Успешный старт».

Программа дает возможность детям не только освоить универсальные учебные действия: научиться работать по образцу и следовать заданному правилу, уметь применять правило на аналогичном задании, но и позволяет каждому ребенку сформировать навыки социальной компетентности в естественной для его возраста игровой деятельности.

Работа педагога психолога в рамках реализации программы включает проведение с детьми занятий по двум разделам:

1. Раздел «Узнай-ка». Он включает 30 занятий, последовательно охватывающих совершенствование когнитивных процессов и основных мыслительных операций у детей. Занятия цикла оформлены в виде рабочей тетради. Построение системы занятий основывается на последовательном усложнении материала, разнообразии познавательных заданий с целью задействования всех перцептивных процессов для всестороннего развития познавательной сферы. В каждое занятие включены задания на развитие внимания, памяти, восприятия, мышления, мелкой моторики (графических способностей). Также каждое занятие включает в себя дидактическую игру или компьютерное упражнение.

2. Раздел «Готовлюсь в школу». Раздел состоит из 8 взаимосвязанных занятий, последовательно охватывающих все сферы жизни и общения ребенка дошкольного возраста, и раскрывающих смысл человеческих отношений, тех норм, которые их регулируют, в том числе, в процессе школьного обучения. Занятия раздела направлены на формирование и развитие мотивационной и социальной готовности к школьному обучению.

Из всего многообразия вопросов о психологических особенностях ребенка для успешности обучения в школе особенно важными являются:

- динамические ресурсы умственной деятельности (темп протекания психических процессов, скорость вхождения в новую деятельность, продолжительность периода работоспособности);
- особенности саморегуляции умственной деятельности ребенка (наличие или отсутствие произвольности, устойчивость-неустойчивость внимания, способность к переключению внимания, скорость переключения на другую деятельность);
- показатели зрительно-моторной координации развитость связки «глаз-рука» важна для успешности обучения письму, трудовым и двигательным навыкам);
- достигнутый уровень интеллектуального развития (зачатки умений оперировать в мышлении отвлеченными понятиями, использовать операции анализа и синтеза в речевой и зрительной формах, способность абстрагироваться);
- способность ребенка успешно взаимодействовать со сверстниками и взрослыми.

Динамические характеристики психики человека являются врожденными. Если ребенок обладает не слишком высоким темпом умственной деятельности, то существенно его увеличить не удастся. В свою очередь, и замедлить темп умственной деятельности нельзя.

Остальные характеристики ребенка вполне возможно развивать в нужном для обучения в школе направлении.

Особенности построения программы позволяют гибко изменять содержание конкретного занятия в зависимости от возрастных и индивидуальных особенностей детей.

С марта 2018 г. по ноябрь 2022 г. в мероприятиях программы приняли участие 28 детей-инвалидов в возрасте от 5 до 7 лет. 20 детей прошли мероприятия программы в полном объеме, 2 детей завершили участие в программе досрочно, по семейным обстоятельствам, 6 детей участвуют в реализации мероприятий программы в настоящее время.

Среди 20 детей, прошедших мероприятия программы в полном объеме, представлена следующая нозология заболеваний: болезнь Пертеса, вторичная глухота, детская форма шизофрении, детский церебральный паралич, перинатальное поражение центральной нервной системы, синдром двигательных нарушений, поражение центральной нервной системы, посттравматическая нейропатия бедренного нерва, ранний детский аутизм, онкологическое заболевание, сахарный диабет 1 типа, ювенильный артрит.

Вывод о готовности детей к освоению программы «Успешный старт» делается на основании результатов диагностики. Эти данные необходимы для определения наиболее актуальных направлений в работе с конкретным ребенком, что позволит сделать процесс социальной реабилитации наиболее эффективным.

По окончании периода реализации программы проводится повторное обследование ребенка. Делаются выводы о результатах реализации программы.

Проверка готовности детей к освоению программы и степень усвоения ее содержания осуществляется педагогом-психологом с помощью диагностических методик и материалов.

Для оценки уровня интеллектуальной готовности детей были выбраны две методики исследования уровня познавательного развития дошкольников: «Методика диагностики психического развития детей среднего и старшего дошкольного возраста» (авторы Е.М. Борисова, Т.Д. Абдурасулова) для детей 5 лет [1] и тест «Готовность к школе» (методика Л.А. Ясюковой) для детей 6-7 лет [4] (Таблица 1). Отличительной характеристикой данной пары тестов является возможность преемственного их использования при работе



с ребенком старшего дошкольного и преддошкольного возраста. Данная преимущество достигается за счет корреляции субтестов методик и позволяет отследить развитие отдельных мыслительных операций в динамике.

Таблица 1 – Таблица корреляции субтестов методик

Обследуемый психический процесс	Методика Е.М. Борисовой, Т.Д. Абдурасуловой	Методика Л.А. Ясюковой
Речевое развитие	Вербальное мышление («Аналогии», «Сходства»)	Речевое развитие («Речевые антонимы», «Речевые классификации», «Произвольное владение речью»)
Понятийное интуитивное мышление	Наглядно-образное мышление («Сложи картинку»)	Понятийное интуитивное мышление («Интуитивный речевой анализ-синтез», «Интуитивный визуальный анализ-синтез»)
Понятийное логическое мышление	Вербальное мышление («Аналогии»)	Понятийное логическое мышление («Речевые аналогии», «Визуальные аналогии»)
Понятийное речевое мышление	Вербальное мышление («Аналогии», «Сходства»)	Понятийное речевое мышление («Интуитивный речевой анализ-синтез», «Речевые классификации», «Речевые аналогии»)
Понятийное образное мышление	Классификация предметных картинок («Разложи на группы»). Невербальное мышление («Четвертый лишний»)	Понятийное образное мышление («Интуитивный визуальный анализ-синтез», «Визуальные классификации», «Визуальные аналогии»)
Предпосылки развития абстрактного мышления	Перцептивная зрелость («На какую фигуру похож предмет»)	Абстрактное мышление
Объем оперативной памяти	Объем оперативной памяти («Запомни картинки»)	Кратковременная речевая память («Запомни слова»)
		Кратковременная зрительная память («Запомни картинки»)
Предпосылки произвольности познавательной деятельности	Произвольность познавательной деятельности. Умение выполнять 2,3,4 ступенчатую инструкцию	Скорость переработки информации («Тест Тулуз-Пьерона»)
Уровень развития внимания	Уровень ориентировки в окружающей жизни («Нелепицы»)	Внимательность («Тест Тулуз-Пьерона»)
Графомоторные навыки	«Графические фигуры»	Зрительно-моторная координация («Тест Бендер»)

Методика исследования уровня интеллектуальной готовности четко структурирована по этапам работы и имеет 10 основных тесно взаимосвязанных разделов. Каждый раздел исследует и оценивает определенный психический процесс или тип мышления.

Для диагностики мотивационной готовности к школьному обучению использовалась методика исследования мотивационной готовности детей, поступающих в школу, М.Р. Гинзбурга [2]. Данная методика исследования мотивационной готовности детей, поступающих в школу, предполагает выбор близких для ребенка мотивов обучения через прямой выбор карточек с сюжетными картинками, каждая из которых символизирует определенный мотив к обучению в школе.

Для исследования социальной готовности детей к обучению при каждом обследовании был заполнен Индивидуальный профиль социального развития (автор Г.Б. Степанова) [3]. Методика исследования социальной готовности предполагает заполнение профиля социальной готовности ребенка педагогом-психологом методом экспертной оценки.

По результатам психодиагностического обследования проводился психолого-педагогический анализ успешности освоения образовательной программы. Основываясь на динамике результатов проанализированы показатели:

- уровня познавательной (интеллектуальной) готовности к обучению;
- уровня мотивационной готовности к обучению;
- уровня социальной готовности к обучению.

Систематизирована пятиуровневая система оценки мониторинга (Таблица 2).

Таблица 2 – Пятиуровневая система оценки мониторинга

Уровни	Методики			
	Интеллектуальная готовность		Мотивационная готовность	Социальная готовность
	Методика Е.М. Борисовой, Т.Д. Абдурасуловой	Методика Л.А. Ясюковой	Диагностика мотивационной готовности к школьному обучению М.Р. Гинзбурга	Индивидуальный профиль социального развития (автор Г.Б. Степанова)
Низкий уровень	0-42 балла	0-32 балла	верные мотивы обучения не выбраны	средний балл – -2
Ниже среднего	43-51 балл	33-57 баллов	верные мотивы обучения не выбраны	средний балл – -1
Средний уровень	51-85 баллов	58-96 баллов	выбор 1 верного мотива обучения	средний балл – 0
Выше среднего	86-125 балла	97-127 баллов	выбор 2 верных мотивов обучения	средний балл – 1
Высокий уровень	126-160 баллов	128-140 баллов	выбор 3 верных мотивов обучения	средний балл – 2

Количественные результаты отражаются в протоколах обследования детей в виде таблиц с приложением познавательных, мотивационных, социальных профилей, что позволяет проанализировать динамику отдельных видов готовности к обучению каждого ребенка и группы в целом.

Качественный анализ данных осуществляется через отслеживание динамики уровня развития отдельных познавательных процессов каждого ребенка в ходе реализации программы.

При оценке результатов за период с марта 2018 г. по ноябрь 2022 г. были получены следующие данные:

1. По итогам участия в программе, обобщенный уровень *познавательной готовности* группы детей поднялся со среднего до выше среднего. У 65 % детей была зафиксирована положительная динамика интеллектуальной готовности к школьному обучению.

Изменение уровня сформированности познавательной готовности детей в процентном отношении выглядит следующим образом:

- высокий уровень познавательного развития диагностирован у 5 детей (25 %) против 3 детей (15 %) в начале реализации программы;
- уровень выше среднего диагностирован у 11 детей (55 %) против 3 (15 %) в начале реализации программы;
- средний уровень познавательного развития диагностирован у 4 детей (20 %) против 11 детей (55 %) в начале реализации программы.

К моменту окончания программы уровень познавательного развития ниже среднего не зафиксирован. 3 детей (15 %), у которых на момент начала программы был диагностирован уровень развития ниже среднего, повысили его (Рисунок 1).



Рисунок 1 – Изменение уровня сформированности познавательной готовности, %

2. Анализ диагностики *мотивационной готовности* к школьному обучению в процессе реализации программы показал, что у 100 % детей была зафиксирована положительная динамика мотивационной готовности к школьному обучению.

Изменение уровня сформированности мотивационной готовности детей в процентном отношении выглядело следующим образом:

- высокий уровень диагностирован у 10 детей (50 %) против 0 (0 %) в начале реализации программы;
- уровень выше среднего диагностирован у 10 детей (50 %) против 10 (50%) в начале реализации программы.

К моменту окончания программы средний, ниже среднего и низкий уровни мотивационной готовности не диагностированы. 10 детей (50 %), которые в начале реализации программы показали средний (5 детей – 25 %), ниже среднего (3 детей – 15 %) и низкий (2 детей – 10 %) уровни мотивационной готовности, значительно улучшили свои показатели (Рисунок 2).

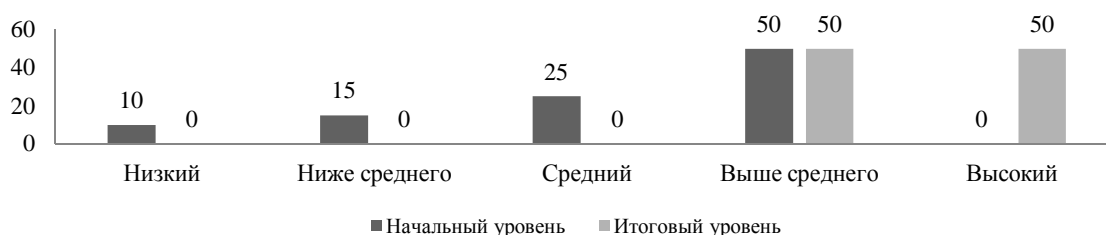


Рисунок 2 – Изменение уровня сформированности мотивационной готовности, %

3. Изменение уровня сформированности *социальной готовности* детей в процентном отношении выглядит следующим образом:

- высокий уровень социальной готовности диагностирован у 12 детей (60 %) против 0 (0 %) в начале реализации программы;
- уровень выше среднего диагностирован у 8 детей (40%) против 12 (60%) в начале реализации программы.

К моменту окончания программы средний, ниже среднего и низкий уровни социальной готовности не диагностированы. 8 детей (40 %), у которых в начале реализации программы был диагностирован средний (4 детей – 20 %) и ниже среднего (4 детей – 20 %) уровни развития социальной готовности, повысили свои результаты (Рисунок 3).



Рисунок 3 – Изменение уровня сформированности социальной готовности, %

Качественный анализ результатов психологической коррекции уровня познавательной, мотивационной и социальной готовности к обучению по итогам реализации программы показал, что:

- все дети овладели навыками работы с массивом символов (умение работать в пределах строки, текста, выделять определенные символы, выполняя задание);
- у всех детей сформирован достаточный объем оперативной памяти; навыки классификации и обобщения предметных картинок и понятий по категориям;

– у всех детей сформировано умение выделять существенные признаки предметов и объектов, находить логическую связь между предметами и явлениями, переносить связь в задании методом аналогии, выполнять задания на нахождение причинно-следственной связи, закономерности в последовательности, сериацию, систематизацию объектов и понятий, также повысилось умение ориентироваться на плоскости и в пространстве;

– у всех детей повысился уровень развития графо-моторных навыков, пополнился и обогатился словарь.

У всех детей повысился уровень развития коммуникативных умений и навыков. Дети общаются между собой, со взрослыми, задают вопросы, поддерживают беседу. Все дети охотно начинают игру среди сверстников, берут на себя игровую роль, выполняют игровое задание.

У 100 % детей улучшилась усидчивость. Все дети поступили на обучение в общеобразовательные школы, из них 17 детей зачислены в обычные классы, 3 детей зачислены в специальные коррекционные классы (Таблица 3).

Таблица 3 – Результативность участия в программе «Успешный старт»

Количество детей, принимавших участие в реализации программы	Количество детей, закончивших реализацию программы «Успешный старт», в том числе:			Количество детей, поступивших в общеобразовательную школу, в том числе:		Количество детей, поступивших в СКОШИ
	со значительным улучшением	с улучшением	без улучшения	в обычные классы	в специальные коррекционные классы	
20	13	7	0	17	3	0

Количественный и качественный анализ результатов психологической коррекции показал следующую динамику уровня познавательной, мотивационной и социальной готовности каждого ребенка к обучению в школе (Рисунок 4):

- у 65 % (13 детей) положительная динамика;
- у 35 % (7 детей) относительно положительная динамика.



Рисунок 4 – Динамика уровня познавательной, мотивационной и социальной готовности детей к школьному обучению, %

Детей с незначительной или отрицательной динамикой не выявлено.

**Вывод:** в результате участия детей-инвалидов в программе «Успешный старт» удалось повысить уровень готовности к школьному обучению у всех детей-инвалидов, участвовавших в мероприятиях программы. Достигнутые результаты позволяют детям с инвалидностью с успехом справляться с программой школьного обучения в общеобразовательных учреждениях, а значит, успешно социализироваться в одинаковых условиях с обычными сверстниками. Программа может быть тиражирована специалистами учреждений для детей-инвалидов.

#### Библиографический список

1. Борисова, Е.М. Диагностика психического развития детей среднего и старшего дошкольного возраста (4-5 лет) : Руководство по работе с тестом / Е.М. Борисова,

Т.Д. Абдурасулова. – Текст : непосредственный // Серия «Психодиагностика и развитие». Выпуск 10 / Под общей ред. серии В.Г. Колесникова. – М. : Психологический институт РАО, 1998. – 46 с.

2. Ясюкова, Л.А. Методика определения готовности к школе. Прогноз и профилактика проблем обучения в начальной школе : Метод. руководство / Л.А. Ясюкова. – СПб. : Иматон, 1999. – 208 с. – Текст : электронный.

3. Гинзбург, М.Р. Развитие мотивов учения у детей 6-7 лет / М.Р. Гинзбург // Особенности психического развития детей 6-7-летнего возраста / Под ред. Д.Б. Эльконина, А.Л. Венгер. – М. : Педагогика, 1988. – 136 с. – URL: [https://psychlib.ru/mgppu/opr/opr-001-.htm#\\$p1](https://psychlib.ru/mgppu/opr/opr-001-.htm#$p1) (дата обращения 05.03.2018). – Текст : электронный.

4. Степанова, Г.Б. Индивидуальный профиль социального развития / Г.Б. Степанова // Е.Г. Юдина, Г.Б. Степанова, Е.Н. Денисова Педагогическая диагностика в детском саду. – М. : Просвещение, 2002. – 144 с. – Текст : электронный.

**Информация об авторах:** Е.Н. Вуколова, [kovrov\\_srcn@avo.ru](mailto:kovrov_srcn@avo.ru)

**Information about the authors:** E.N. Vukolova, [kovrov\\_srcn@avo.ru](mailto:kovrov_srcn@avo.ru)

### **Отделение раннего и дошкольного детства «Шаг навстречу» – ключ к познанию особых детей**

**О.И. Голомазова**

Государственное общеобразовательное учреждение «Забайкальский центр специального образования и развития «Открытый мир», г. Чита, 672038, Россия

**Аннотация.** В статье представлена организация обучения детей с особыми образовательными потребностями, описаны необходимые условия для эффективного решения коррекционно-развивающих и образовательных задач, показано взаимодействие педагогов, детей и родителей.

**Ключевые слова:** образовательная среда, образовательная деятельность, дети-инвалиды и дети с ОВЗ, междисциплинарное психолого-педагогическое сопровождение.

### **Department of early and preschool childhood «Step towards» - the key to knowing special children**

**Olga.I. Golomazova**

Zabaikalsky Center for special education “Open World”, Chita, 672038, Russia

**Abstract.** This article presents the organization of education for children with special educational needs. It describes the conditions which are necessary for the effective solution of correctional, developmental and educational problems, the interaction of teachers, children and parents is shown.

**Key words:** learning environment, educational activities, disabled children, interdisciplinary psychological and pedagogical support.

Во все времена общество по-разному относилось к детям с различными нарушениями развития, это обусловлено состоянием науки и культуры, социально-экономическими отношениями, религиозными взглядами, национальными традициями и правовыми нормами.

Государственная политика в сфере образования Забайкальского края делает акцент на основные векторы образовательной среды: доступность, качество и безопасность при получении образования детьми различных нозологических групп.

Государственное общеобразовательное учреждение «Забайкальский центр специального образования и развития «Открытый мир» (далее – ГОУ «Центр специального образования») – это огромная планета, где детство и зрелость, молодость и опыт дополняют друг друга, где большой дружной семьёй живут взрослые и дети с особыми образовательными потребностями. Девизом каждого дня стали слова Пьера Бомарше: «Не надо искать путь к победе – надо создать такие условия, чтобы все пути вели к ней!!!» [1, с. 84-85].

Созданная образовательная среда в ГОУ «Центр специального образования» предоставляет детям, родителям и педагогам не только возможность коммуникации, но и ресурсы для самовыражения, самоидентификации и самопрезентации.

Образовательная деятельность доступности качественного образования для особых детей представлена следующими уровнями общего образования:

- дошкольное образование;
- начальное общее образование;
- основное общее образование;
- среднее общее образование.

Кроме того, предоставляются услуги дополнительного образования.

В ГОУ «Центр специального образования» обучаются дети различных нозологических групп: дети с нарушением слуха, зрения, с расстройствами аутистического спектра, с нарушением опорно-двигательного аппарата, с умственной отсталостью, с задержкой психического развития, с нарушением поведения и общения, с комплексными нарушениями и дети с онкологическими заболеваниями.

Созданы условия для их образования и комплексного психолого-педагогического сопровождения:

- достаточное количество профессиональных педагогов;
- расширение границ образовательного пространства;
- выбор специальных методов и средств обучения;
- необходимые технические средства коллективной и индивидуальной помощи;
- продолжительность образования обусловлена физиологическими и психолого-педагогическими особенностями.

В статье речь пойдет о детях раннего и дошкольного возраста и о том, как взрослые (педагоги и родители) дают им ключ к познанию.

Отделение раннего и дошкольного детства «Шаг навстречу» (далее – ОРДД «Шаг навстречу») ГОУ «Центр специального образования» – это маленький уютный островок для детей и родителей, в котором царит атмосфера добра, тепла, спокойствия и уверенности, а также атмосфера сотрудничества, включающая три направления:

1. Работа групп кратковременного пребывания для детей-инвалидов и детей с ОВЗ.
2. Индивидуальная коррекционно-развивающая деятельность с детьми-инвалидами и детьми с ОВЗ.
3. Работа по сопровождению родителей (законных представителей), имеющих детей-инвалидов раннего и дошкольного возраста.

В ОРДД «Шаг навстречу» дети находят понимание и своевременную квалифицированную психолого-педагогическую помощь педагогов, а родители наших детей – единомышленников, пути и способы решения возникающих вопросов по развитию, воспитанию и обучению детей-инвалидов и детей с ОВЗ.

Для организации образовательной деятельности, обеспечения эффективности психолого-педагогического сопровождения детей в ОРДД «Шаг навстречу» созданы специальные условия: логопедический кабинет, кабинет дефектолога, зал адаптивной физкультуры, большая игровая комната, которая функционально поделена на центры, и кабинет психолога, который также выполняет функцию гостиной для родителей.

В ОРДД организована развивающая предметно-пространственная среда, где имеются современное интерактивное оборудование и коррекционно-развивающее оборудование нового поколения.

Для эффективности образовательной деятельности в ОРДД «Шаг навстречу» педагогами используются разнообразные связи между субъектами образовательных отношений, такие как: информационные; организационно-деятельностные; коммуникативные и рефлексивные. На наш взгляд, интеграция этих связей позволяет оказывать качественную профессиональную помощь детям-инвалидам и детям с ОВЗ, а также создавать благополучный эмоционально-

психологический климат в детском коллективе и в целом, в ОРДД «Шаг навстречу». Работая с детьми, имеющими различные нарушения, педагоги не навязывают определенный темп развития, а терпеливо дожидаются ответной реакции.

Ежедневно с каждым ребенком работает команда специалистов: учитель-дефектолог, педагог-психолог, учитель-логопед и воспитатели. Кроме того, предусмотрено активное участие родителей. Занятия в триаде «педагог–ребенок–родитель» позволяют родителю быть неотъемлемым участником коррекционной образовательной деятельности детей. В результате такого взаимодействия родитель расширяет опыт и навык общения с ребенком [2, с. 134].

Следует отметить, что на протяжении всего учебного года педагогами ведётся работа с родителями в рамках «Школы для родителей», в которой реализуется четыре блока: родительские собрания; встречи с родителями в родительском клубе «Мы вместе»; психологические и игровые тренинги для родителей «Преодоление». А также осуществляется информационная поддержка родителей на всех этапах образования детей различных нозологических групп.

Главная отличительная особенность педагогического коллектива ОРДД «Шаг навстречу» – постоянное стремление к развитию. Для педагогов важно «идти в ногу со временем», быть конкурентоспособными в любых социально-экономических условиях. Каждый педагог ОРДД «Шаг навстречу» вносит в образовательную деятельность что-то новое, свое, индивидуальное, проявляя педагогическое мастерство, тем самым делая работу насыщенной и интересной.

Проявление педагогического мастерства воспитателем, педагогом-психологом, учителем-логопедом, учителем-дефектологом, работающими с детьми-инвалидами и детьми с ОВЗ в ОРДД «Шаг навстречу» невозможно без профессиональных знаний на всех уровнях [3, с. 20.]:

- методологическом (знание закономерностей развития общефилософского плана, обусловленности целей воспитания, обучения, развития и т.д.);
- теоретическом (знание основ общей и специальной психологии, которые раскрывают природу дефекта, закономерности психического развития ребенка, способствует организации дифференцированного обучения и индивидуального воспитания детей, имеющих различные нарушения, в том числе и комплексные);
- методическом (конструирование образовательной деятельности, которое представляет собой совокупность методов, принципов, средств и приемов, направленных на изучение и решение разнообразных педагогических проблем. Философ Ф. Бэкон сравнивал метод с фонарем, который освещает путнику дорогу);
- технологическом (решение практических задач обучения, развития и воспитания в конкретных условиях).

Таким образом, педагоги проявляют педагогическое мастерство во всех сферах образовательного пространства и организуют свою деятельность на основе взаимодействия.

Необходимо отметить, что педагоги систематически изучают и адаптируют известные методики и технологии для работы с особыми детьми, они представляют свои проекты в различные благотворительные фонды, становятся победителями и успешно их реализуют. Так, например, только за последние пять лет средства Грантов стали дополнительными источниками финансирования в размере 6 631 134 рублей. Данные средства позволили пополнить развивающую предметно-пространственную среду, оказать влияние на повышение профессионального мастерства педагогов, на расширение границ социального партнерства, а также помогли воплотить задуманные педагогические идеи и улучшить качество образования.

Педагоги обобщают и распространяют свой инновационный опыт работы не только на Всероссийских симпозиумах с международным участием, конференциях, семинарах, но и посредством периодических изданий, в том числе журналах ВАК, таких как иллюстрированный научно-популярный журнал для руководителей «Обруч» (г. Москва), научно-методический журнал «Методист ДОУ» (г. Москва). Издают методические пособия, позиционируя положительный имидж образовательного учреждения.

Таким образом, плодотворная работа педагогов ОРДД «Шаг навстречу» (новые идеи, педагогические технологии, методы, средства, создание новых образовательных практик), помогает развивать способности детей и вместе с ними стремиться к совершенству, к достижению новых высот в личностном развитии каждого участника образовательных отношений. Следовательно, есть пять причин, чтобы привести детей от 2 до 8 лет в ОРДД «Шаг навстречу» и дать им ключ к познанию:

1. Образовательную деятельность осуществляют квалифицированные педагоги: учитель-логопед, учитель-дефектолог, педагог-психолог и воспитатели – любящие и понимающие детей, умеющие найти путь к сердцу каждого ребенка. Они сделают шаг навстречу к Вашему ребенку, подберут ключик к каждому сердцу маленького ребёнка, и вместе с ним будут подниматься ввысь по ступенькам знаний.

2. Образовательный маршрут для ребенка реализуется по гибкому графику на основе диагностического обследования и с учетом пожеланий родителей.

3. Работают группы кратковременного пребывания для детей от 2 до 8 лет, где осуществляется индивидуальная, подгрупповая и групповая образовательная деятельность.

4. Для детей, имеющих нарушения в речевом, интеллектуальном, двигательном, психическом развитии оказывается адресная помощь через проведение индивидуальных игровых сеансов.

5. В ОРДД «Шаг навстречу» создана современная материально-техническая база и благоприятная эмоциональная атмосфера, где родители являются активными участниками образовательных отношений!

#### **Библиографический список**

1. Голомазова, О.И. Планета качественного и доступного образования под названием «Открытый мир»/ О.И. Голомазова. – Текст : непосредственный // Современные тенденции и перспективы развития доступного образования детей с особыми образовательными потребностями: материалы XI Всероссийского симпозиума с международным участием. – Чита : ИРО Забайкальского края, 2021. – 184 с.

2. Голомазова, О.И. Грантовая поддержка – фактор повышения качества дошкольного образования для особых детей / О.И. Голомазова. – Текст : непосредственный // Вестник образования Забайкалья : информационно-аналитический журнал Министерства образования и науки Забайкальского края. – 2021. – N 1 – С. 134.

3. Емельянова, М.В. Основы педагогического мастерства / М.В. Емельянова, И.В. Журлова, Т.Н. Савенко // Курс лекций для студентов дневного и заочного отделений педагогического университета. – Мозырь : УО «МГПУ», 2005. – 150 с.

**Информация об авторах:** О.И. Голомазова, [olga-golomazova@yandex.ru](mailto:olga-golomazova@yandex.ru)

**Information about the authors:** Olga.I. Golomazova, [olga-golomazova@yandex.ru](mailto:olga-golomazova@yandex.ru)

#### **Система коррекционной помощи детям с ОВЗ и инвалидностью в специальном коррекционном детском доме**

##### **Е.Н. Изьюрова**

Государственное учреждение Республики Коми «Специальный (коррекционный) детский дом N 1 для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, с ограниченными возможностями здоровья» г. Сыктывкара,  
г. Сыктывкар, 167018, Россия

**Аннотация.** В детском доме воспитываются дети дошкольного и младшего школьного возраста с особенностями в психофизическом и интеллектуальном развитии. Дети имеют проблемы в развитии эмоционально-волевой сферы, у них снижены способности к общению со сверстниками и взрослыми. Все воспитанники нуждаются в коррекционно-развивающей



помощи. В детском доме организована комплексная система психолого-медико-педагогического сопровождения, главным элементом которой является консилиум (ПМПк).

Комплексная работа по коррекции и развитию, осуществляемая коллективом детского дома, направлена на то, чтобы у детей с ОВЗ развить их возможности до оптимального уровня, компенсировать то, что не было дано ребенку в родной семье и подготовить для устройства в приемную семью.

Результат нашей работы – успешное обучение воспитанников младшего школьного возраста в общеобразовательных школах.

С целью оценки результатов психолого-медико-педагогического сопровождения проводится мониторинг эффективности деятельности: оценка состояния здоровья ребенка, его индивидуального уровня физической кондиции; психического и речевого развития детей; оценка состояния учебной деятельности; анализ развития личности детей, условий жизни ребенка; анализ документации и деятельности педагогов.

**Ключевые слова:** реабилитация и абилитация детей с ОВЗ и инвалидностью, психолого-педагогическое и медицинское сопровождение.

### **Correctional assistance system of children with disabilities and disablement in the special correctional orphanage**

**Elena I. Izieiurova**

The State institution of Komi Republic «Special (correctional) orphanage for orphans and children without parental care, with disabilities» of the Syktyvkar,  
Syktyvkar, 167018, Russia

**Abstract.** Children of preschool and primary school age with special needs in psychophysical and intellectual development are brought up in the orphanage. Children have problems in the development of the emotional-volitional sphere, their ability to communicate with peers and adults is reduced. All pupils are in need of correctional and developmental assistance. The orphanage has a comprehensive system of psychological, medical and pedagogical support, the main element of which is a consultation (PMPs).

Comprehensive work on the correction and development that is carried out by the staff of the orphanage, is aimed at developing capabilities to an optimal level in children with disabilities, compensating for what was not given to the child in his native family and preparing for adoption in a foster family.

The result of our work – successful training of pupils of primary school age in secondary schools.

In order to assess the results of psychology-medical-pedagogical (PMP) support, monitoring of the effectiveness of activities is carried out: assessment of the child's health, his individual level of physical condition; mental and speech development of children; assessment of the state of educational activities; analysis of the development of children's personality, the child's living conditions; analysis of documentation and activities of teachers.

**Key words:** rehabilitation and habilitation children with disabilities and disablement; psychological, pedagogical and medical support.

В государственном учреждении Республики Коми «Специальный (коррекционный) детский дом N 1» г. Сыктывкара (далее – ГУ РК «Специальный (коррекционный) детский дом N 1» г. Сыктывкара, детский дом) воспитываются дети дошкольного и младшего школьного возраста (3-11 лет) с особенностями в психофизическом развитии. 100 % воспитанников имеют статус «ребенок с ограниченными возможностями здоровья»: из них 56 % имеют статус «ребенок-инвалид».

На основании постановления Правительства Российской Федерации от 24 мая 2014 N 481 «О деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей» [1] дети помещаются

под надзор в организации для детей-сирот временно, на период до их устройства на воспитание в семью.

Все воспитанники детского дома прошли через сложные жизненные ситуации, испытали на себе жестокое обращение взрослых, насилие. В анамнезе детей часто отмечается родительский алкоголизм, наркомания, курение. Это негативно отразилось как на психическом, так и на их физическом здоровье. Часто адаптация ребенка к новым условиям протекает очень остро. Резкая смена условий существования может сопровождаться тяжелыми переживаниями, снижением речевой и игровой активности, сказывается на его состоянии здоровья.

Дети, воспитывающиеся без попечения родителей, отличаются от сверстников, воспитывающихся в условиях семьи замедленным темпом психического развития. Они имеют проблемы в развитии эмоционально-волевой сферы, у них снижены способности к общению со сверстниками и взрослыми. Эмоции обычно поверхностны, неустойчивы, инфантильны. Поэтому все воспитанники детского дома нуждаются в коррекционно-развивающей помощи.

В детском доме организована комплексная система психолого-медико-педагогического сопровождения (далее – ПМП сопровождение), главным элементом которой является психолого-медико-педагогический консилиум (далее – консилиум). В состав консилиума входят: заместитель директора, врач-педиатр, врач-психиатр, социальный педагог, педагог-психолог, учитель-логопед, учитель-дефектолог, воспитатели (по согласованию).

Работа в рамках ПМПк – это сложный процесс взаимодействия сопровождающих и сопровождаемого. Основное внимание специалистов сосредоточено на личности ребенка, у которого есть проблема и, следовательно, на желании помочь ему. На заседании консилиума все специалисты предоставляют информацию в рамках своей компетенции.

Комплексная оценка состояния здоровья детей проводится врачом-педиатром и врачом-психиатром. Она включает в себя: наличие или отсутствие хронических заболеваний (в т.ч. врожденных патологий); функциональное состояние основных систем организма; резистентность и реактивность организма (степень сопротивляемости организма неблагоприятным воздействиям); уровень и гармоничность физического и нервно-психического развития.

Оценка индивидуального уровня физического развития воспитанников осуществляется воспитателем по физическому образованию, который определяет уровни физической подготовленности детей.

Оценка психического развития детей педагогом-психологом предполагает определение уровня адаптации воспитанников к условиям жизни в учреждении; изучение самооценки и уровня притязаний; исследование социального профиля ребенка (особенностей форм общения и взаимоотношения с окружающими); изучение эмоционально-волевой сферы ребенка; определение готовности к обучению, характеристику особенностей развития психических функций.

Учителем-логопедом проводится оценка речевого развития детей, в ходе которой определяются уровни развития устной речи и письменной речи.

Оценка состояния учебной деятельности воспитанников проводится учителем-дефектологом, в результате которой выявляются специфика и особенности усвоения ребенком программного материала, сформированность учебных навыков; проводится анализ успеваемости воспитанника.

Анализ развития личности детей осуществляется воспитателем и включает: выявление уровня сформированности культурно-гигиенических навыков воспитанников; изучение и анализ уровня воспитанности детей; уровень развития детей в ходе продуктивной деятельности (изодеятельность, ручной труд, музыкальное воспитание).

Анализ условий эффективности ПМП сопровождения осуществляется заместителем директора с привлечением узких специалистов. Он включает разработку щадящего режима дня, соблюдение требований СанПиН; влияние создаваемой в учреждении социокультурной среды на развитие ребенка и оценку его благополучия. Также проводится анализ документации: выполнение плана по ПМП сопровождению, плана по физкультурно-оздоровительной и

лечебно-профилактической работе; заполнение педагогической документации по ПМП сопровождению.

Основными методами исследования в процессе проведения мониторинга эффективности ПМП сопровождения являются: медицинский осмотр, тестирование, анкетирование, наблюдение, беседа, опрос, статистический анализ, анализ результатов деятельности, ситуации поведенческого выбора.

Учитывая, что консилиум является полноправным составляющим системы коррекционной помощи, работа выстраивается по взаимосвязанным последовательным этапам: диагностический (постановка проблемы), поисковый (уточнение проблемы) и договорной этапы (решение проблемы).

Все получаемые специалистами результаты заносятся в индивидуальные карты развития воспитанника, план жизнеустройства и развития ребенка.

Распределив обязанности по реализации выработанных рекомендаций, специалисты включаются в выполнение намеченного плана действий. Через 1-2 месяца, в зависимости от того, какие сроки были определены на договорном этапе, проводится повторный консилиум. Работа этого консилиума начинается с рефлексивного или аналитического этапа. Обсудив результаты деятельности, специалисты определяют, решена ли индивидуальная проблема или необходимо проектировать новые методы предупреждения или коррекции.

Раннее выявление отклонений в развитии нервно-психических заболеваний у детей составляет основу эффективности всех коррекционных мероприятий. Специфический контингент детей требует в условиях детского дома акцентировать внимание на некоторых значимых факторах: необходимости максимально тщательных усилий специалистов на этапе диагностики (дифференцирование проблем ребенка непосредственно связанных с заболеванием), дополнительных усилий по адаптации детей в школьных условиях, четкого взаимодействия специалистов детского дома на всех этапах сопровождения; сочетания образовательной, коррекционной и лечебной деятельности. Данная система помощи по реабилитации и абилитации воспитанников с ОВЗ и инвалидностью реализуется всеми специалистами во взаимодействии друг с другом.

В ходе диагностической работы осуществляется изучение когнитивных возможностей ребенка и его личностных особенностей с помощью апробированных методик: теста Д. Векслера (детский вариант), методики определения готовности к школе Л.Я. Ясюковой, диагностики минимальной мозговой дисфункции Л.Я. Ясюковой, диагностики готовности к школьному обучению и адаптации первоклассников (программа компьютерных психологических тестов), невербальных тестов интеллекта (программа компьютерных психологических тестов), диагностики готовности ко второй ступени обучения и адаптации младших подростков (программа компьютерных психологических тестов), карты наблюдений Д. Стотта, анкетирования детей и педагогов, теста Р. Теммла и М. Дорки (тревожность), диагностики А.М. Прихожан «Школьная тревожность», диагностики А. Басса и А. Дарки «Диагностика агрессии», личностного теста – 16 факторного опросника Кеттелла, теста детской апперцепции (САТ), диагностики дифференцированной эмоциональной сферы ребенка «Домики» О.Ореховой, методики рисуночных метафор «Жизненный путь», диагностики личностных отклонений подросткового возраста (программа компьютерных психологических тестов).

Коррекционно-развивающая деятельность по формированию эмоционально-волевой сферы у детей данной категории, адекватного полоролевого поведения в обществе и жизнедеятельности, навыков общения и коррекцию поведения предполагает реабилитацию и абилитацию детей с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ) и инвалидностью на основе разработанных педагогом-психологом детского дома коррекционных программ («Программа коррекционно-развивающих занятий по развитию и коррекции эмоций детей 5 – 7 лет», «Программа и методические рекомендации по половому воспитанию детей-сирот с 2 до 11 лет в специальном (коррекционном) детском доме»), размещенных на официальном

сайте ГУ РК «Специальный (коррекционный) детский дом N 1» г. Сыктывкара (<https://skdd1.rkomi.ru/>).

Также педагогом-психологом используются авторские программы (Хухлаева О.В., Хухлаев О.Е., Первушина И.М. Программа «Развитие эмоций»; Хухлаева О.В., Хухлаев О.Е., Первушина И.М. Программа «Я расту и изменяюсь: «Кто Я?»; Хухлаева О.В., Хухлаев О.Е., Первушина И.М. Программа «Трудное чувство «Дружба»; Горбатенко Т., Зинкевич-Евстигнеева Т., Фролов Г. Программа по сказкотерапии «Волшебная страна внутри нас»; Короткова Л.Д. Программа по сказкотерапии.), направленные на развитие эмоционально-волевой сферы и коррекцию поведения.

В ходе реализации системы коррекционной помощи, реабилитации и абилитации детей с ОВЗ и инвалидностью на коррекционно-развивающих занятиях ребенку предоставляется возможность проявить свои знания и умения в разных сферах (фантазировании, запоминании, конструировании, проигрывании ситуаций и т.д.), увидеть, как это делают другие; научиться справляться с заданиями более эффективно. Большое внимание уделяется процессам общения и взаимодействия детей друг с другом, развитию психических процессов. Такие занятия проводятся в присутствии и при участии воспитателей. Занятия предполагают комбинированные формы работы педагога-психолога с детьми. Для этого используется комплекс развивающих, подвижных, настольных игр; занятия в сенсорной комнате.

Для воспитанников с выраженной речевой патологией на занятиях учителя-логопеда организовано речевое пространство, способствующее формированию у детей навыков правильной речи (восполнение нарушенных или недостающих звеньев речевой цепи) гармоничному развитию личности и выработкой адекватного социального поведения. Основная задача – подвести воспитанника к социально-речевой адаптации, которая будет выражаться в речевой «раскрепощенности», заинтересованности в речевом процессе.

Логопедическое обследование воспитанников, заполнение речевых карт и речевых профилей выполняется учителем-логопедом 2 раза в год (в начале и конце учебного года) или чаще (по мере необходимости, по запросу педагога-психолога и/или врача-психиатра). В свою очередь, речевой профиль отражает динамику развития речи воспитанника.

Учитель-логопед выстраивает работу на основе следующих программ: Екжанова Е.А., Стребелева Е.А. Коррекционно-развивающее обучение и воспитание. Программа дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушением интеллекта; Екжанова Е.А., Стребелева Е.А. Методические рекомендации к программе «Коррекционно-развивающее обучение дошкольников с нарушением интеллекта»; Филичева Т.Б., Чиркина Г.В., Туманова Т.В. и др. Программы дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушениями речи.

Ведущая роль в становлении навыков учебной деятельности отводится учителю-дефектологу. Основными направлениями деятельности учителя-дефектолога являются:

- углубленная диагностика интеллектуального развития ребенка;
- составление адаптированных образовательных программ с учетом индивидуально-дифференцированного подхода к личности ребенка;
- реализация адаптированных дошкольных образовательных программ по следующим разделам: развитие элементарных математических представлений, ознакомление с окружающим миром, развитие речи, игра, конструирование;
- осуществление помощи младшим школьниками в части усвоения школьной программы;
- осуществление деятельности по социализации, компенсации и реабилитации воспитанников (подбор методов, приемов, мониторинг).

Для формирования успешной учебной деятельности учитель-дефектолог решает следующие задачи:

- развитие психофизиологических функций, обеспечивающих готовность к обучению;

- формирование разносторонних представлений о предметах и явлениях окружающей действительности;
- формирование социально-нравственного поведения, обеспечивающего детям успешную адаптацию к школьным условиям;
- развитие личностных компонентов познавательной деятельности;
- формирование соответствующих возрасту общеинтеллектуальных умений;
- организация благоприятной социальной среды.

Специалисты – участники ППМ сопровождения – используют в работе игровые технологии, арт-педагогические технологии в специальном образовании, технологии коррекции психомоторного развития, логоритмику, информационно-коммуникационные технологии, здоровьесберегающие технологии (ароматерапию, цветотерапию, светотерапию, арттерапию, музыкотерапию, сказкотерапию, игротерапию, психогимнастику, элементы психотерапии).

Лечебно-коррекционная и оздоровительная работа проводится медицинским персоналом во взаимодействии со всеми специалистами детского дома и предполагает организацию санитарно-гигиенического режима, соблюдение двигательного режима, закаливание, витаминизацию, фитотерапию, медицинскую коррекцию и реабилитацию (абилитацию), обеспечение рациональным сбалансированным питанием, систематический мониторинг учебных и физических нагрузок, оптимизацию педагогического процесса.

Одной из важнейших составляющих коррекционной работы является создание развивающей среды. В детском доме имеются все необходимые условия для содержания и воспитания детей с ОВЗ и инвалидностью, через создание предметно-развивающей среды и пространства, включающих микросреду и макросреду, состоящих из всех помещений детского дома. Также созданы все условия для реализации образовательной программы и развивающих технологий.

Оценка результатов ППМ сопровождения осуществляется в рамках мониторинга эффективности деятельности по реабилитации и абилитации детей с ОВЗ и инвалидностью, в ходе которого оценивается состояние здоровья ребенка и индивидуальных уровней его физической кондиции; психического и речевого развития; оценивается состояние учебной деятельности; проводится анализ развития личности ребенка, а также условий его жизни; анализируются документация и деятельность педагогов.

Комплексная работа по коррекции и развитию детей с ОВЗ, осуществляемая коллективом детского дома направлена, на то, чтобы развить их возможности до оптимального уровня; компенсировать то, что не было дано ребенку в родной семье и подготовить для устройства в приемную семью.

Результат работы ГУ РК «Специальный (коррекционный) детский дом N 1» г. Сыктывкара – успешное обучение воспитанников младшего школьного возраста в общеобразовательных школах. При этом стоит отметить, что уровень обученности воспитанников на протяжении нескольких лет сохраняется на стабильном среднем уровне.

Таким образом, при осуществлении ППМ сопровождения коллектив детского дома ориентирован на максимальную реализацию возрастных возможностей и резервов детей; на создание благоприятного климата, который определяется, прежде всего, продуктивным общением, взаимодействием взрослого и ребенка, ребенка и сверстников.

#### **Библиографический список**

1. **Российская Федерация. Постановления.** О деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей : Постановление Правительства Российской Федерации от 24 мая 2014 N 481. – URL: СПС КонсультантПлюс. – Текст : электронный (дата обращения: 30.11.2022).

**Информация об авторах:** Е.Н. Изъюрова, [ckdd1@minobr.rkomi.ru](mailto:ckdd1@minobr.rkomi.ru)

**Information about the authors:** Elena I. Izieiurova, [ckdd1@minobr.rkomi.ru](mailto:ckdd1@minobr.rkomi.ru)

## **Применение метода игровой терапии в коррекции эмоционально-волевых нарушений у детей-инвалидов в процессе реализации стандартов предоставления услуг по комплексной реабилитации детей-инвалидов**

**Е.В. Морозова, Е.В. Жукова, К.А. Петрова, М.В. Таламанова, М.В. Кучумова**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Москва, 127486, Россия

**Аннотация.** Статья раскрывает особенности применения игровой терапии, центрированной на ребенке, как одного из методов психотерапии в рамках стандарта предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов по направлению социально-психологической реабилитации и/или абилитации детей-инвалидов. Раскрывает истоки возникновения игровой терапии, особенности, показания и противопоказания к данному психотерапевтическому методу, приводит описание этапов занятий и пример терапевтического случая.

**Ключевые слова:** игра, игровая терапия центрированная на ребенке, стандарт по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, коррекция эмоционально-волевых нарушений.

### **Use the method of game therapy in the correction of emotional and volitional disorders in disabled children in the process of implementing standards for the provision of services for the comprehensive rehabilitation of disabled children**

**Elena V. Morozova, Eugenia V. Zhukova, Karina A. Petrova,  
Marina V. Talamanova, Maria V. Kuchumova**

The Federal State Budgetary Institution «Federal Bureau of Medical and Social Expertise»  
Ministry of Labor and Social Protection of Russian Federation, Moscow, 127486, Russia

**Abstract.** The article reveals the features of child-centered game therapy as one of the methods of psychotherapy within the framework of the standard of providing services for complex rehabilitation and habilitation of disabled children complex rehabilitation and habilitation of disabled children in the direction of socio-psychological rehabilitation and/or habilitation of disabled children. Reveals the origins of game therapy, features, indications and contraindications to this psychotherapeutic method, provides a description of the stages of classes and an example of a therapeutic case.

**Keywords:** game, child-centered play therapy, standard for comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled children, correction of emotional and volitional disorders.

В настоящее время в Российской Федерации отмечается рост количества детей-инвалидов. По данным Федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов» (далее – ФГИС ФРИ) на 01.01.2020 г. количество детей-инвалидов составляло 688 787 человек. На 01.01.2022 г. количество детей-инвалидов возросло до 728 858 человек, что составило увеличение в 5,8 %.

Ограничения жизнедеятельности, имеющиеся у детей-инвалидов, зачастую приводят к трудностям в повседневной жизни, в том числе при установлении межличностных контактов, при усвоении знаний, умений и различных жизненно важных навыков. Неудачи, которые испытывает ребенок с инвалидностью при реализации основных сфер жизнедеятельности, могут приводить к снижению самооценки, появлению тревожности, страхов, негативных переживаний, конфликтам с окружающими людьми, в результате чего, возникает потребность в социально-психологической поддержке и коррекции эмоционального состояния ребенка.

С целью коррекции эмоционально-волевых нарушений применяются различные психотерапевтические методы, в частности, одним из таких психотерапевтических направлений является игровая терапия, центрированная на ребенке (далее – ИТЦР) [12;14].

Впервые игровая терапия стала применяться психотерапевтами психоаналитического направления (А. Фрейд, М. Клейн, Т. Хаг-Гельмут) в начале 20-х гг. XX в. Было замечено, что использование традиционных методов психоанализа в работе с детьми было невозможно в связи с тем, что ребенок не проявлял интереса к исследованию своей прошлой жизни, обсуждению ранних стадий своего развития, испытывал трудности в выражении своих переживаний в словесной форме. В результате чего работа психоаналитиков была сосредоточена на наблюдении и интерпретации [12;14].

В 1930-х годах, благодаря работам Д. Леви, возникла структурированная игровая психотерапия. Данный подход был направлен на работу с детьми, получившими травмирующий опыт и заключался в эмоциональном отреагировании травмирующей ситуации.

Вначале 40-х гг. XX в. К. Роджерс разработал метод недирективной терапии, в дальнейшем получившей название терапии, центрированной на клиенте. Его идею подхватила В. Эсклайн, которая использовала принципы недирективной психотерапии в своей практике и считала, что центрированная на клиенте игровая психотерапия способствует максимальному самораскрытию ребенка, позволяет «прожить» ему волнующие его ситуации, раскрыть свои эмоции, проиграть свои чувства и т.д. [12;14].

Таким образом, ИТЦР – это целенаправленная терапевтическая система, центром которой является ребенок как самостоятельная личность, способная к саморазвитию.

По мнению ведущих отечественных психологов (Д.Б. Эльконина и др.), игра – это ведущая деятельность ребенка, присутствующая во все времена и у всех народов. Игра способствует развитию экспрессивной речи, практических и интеллектуальных способностей ребенка, проживанию и пониманию собственных чувств, овладению ценностями культуры, коммуникативными и социальными навыками благодаря проигрыванию социальных ролей. Для эмоционального и умственного развития ребенка-инвалида гораздо важнее переживание собственных возможностей управлять ситуацией, а не сама предметная реализация тех или иных намерений. Как правило, в процессе взросления ребенок-инвалид сталкивается с излишне структурированной средой, где правят свои законы, требования, правила, которые неподвластны детскому контролю, а в неструктурированной свободной игре ребенок может сам решать во что и как ему играть. В безопасной игровой атмосфере ребенок может проигрывать события реальной жизни, получать удовольствие от самостоятельных решений, обрести опыт принятия его выбора другими, а главное контролировать результат игры [14;15].

К использованию игры непосредственно в психокоррекционных целях обращались многие отечественные исследователи-практики, такие как Л.А. Абрамян, А.Я. Варга, А.И. Захаров, А.С. Спиваковская и др.

Так, по мнению Л.А. Абрамян, в игре-драматизации ребенок испытывает двойственное переживание: он «формирует образ», преобразуя самого себя и, глядя на это как бы со стороны, радуется изменению в игре, вместе с тем обнаруживая определенные отношения к своему персонажу.

Б.Д. Карвасарский, А.И. Захаров считали, что целью игровой терапии является перенос ребенком отрицательных эмоций и качеств на игровой образ. Дети наделяют персонажей собственными отрицательными эмоциями, чертами характера, переносят на игровой предмет свои недостатки, которые доставляют им неприятности.

Возможность выбрать роль и проиграть ее в сюжете – это также возможность психики переработать внутренние конфликты, проблемные ситуации, травматический опыт. Когда ребенок попадает в сложную травматическую историю, чтобы сохранить себя, его психика пользуется защитными механизмами. У ребенка эти защиты ещё не очень развиты и часто прибегает к вытеснению и отрицанию. Это помогает психике полностью или частично подавить, перевести на неосознаваемый уровень проблемную историю. Плата за это –

внутреннее напряжение, эмоциональные проблемы и сложности с поведением. Игра помогает вывести неосознаваемые трудности поле реального восприятия, проиграть в сюжете, тем самым у ребенка появляется второй шанс справиться с проблемой, и на этот раз не в одиночку, а при помощи психолога [7;9;12].

Анализируя случаи работы с детьми, страдающими различными эмоционально-личностными нарушениями К. Муштакас выделил стадии психотерапевтического переживания, которые проходит ребенок в процессе ИТЦР:

- а) проявление негативных чувств;
- б) амбивалентность чувств, общая тревожность и враждебность;
- в) демонстрация негативных чувств, направленные против родителей, сиблингов, других людей;
- г) амбивалентные чувства к родителям, сиблингам и другим людям;
- д) ясные, четкие, выделенные обычно реалистические позитивные и негативные установки; при этом в игре доминируют позитивные установки.

Коррекционное воздействие игры обусловлено следующими механизмами:

1. Имитация системы социальных отношений в особых игровых условиях.
2. Преодоление личностного эгоцентризма ребенка и последовательная децентрация, способствуют лучшему осознанию собственного «Я», повышению социальной компетентности и способности к разрешению проблемных ситуаций.
3. Отработка в игровой среде более адекватных способов ориентировки ребенка в проблемных ситуациях, интериоризация нового опыта.
4. Вычленение эмоциональных переживаний ребенка, их осознание путем вербализации и, следовательно, получение опыта видения проблемной ситуации с нового ракурса (придание нового смысла ситуации).
5. Формирование произвольной регуляции деятельности ребенка на основе правил, регулирующих выполнение роли, а также поведение в игровой комнате.

Метод ИТЦР хорошо зарекомендовал себя в работе со: слабой Я-концепцией и низкой самооценкой; социальным инфантилизмом; замкнутостью; необщительностью; фобическими реакциями; тревожностью; сверхконформностью и сверхпослушанием; агрессивными проявлениями в поведении и вредными привычками; отсталость в речевом развитии; заикание; навязчивыми действиями. Данный метод также помогает снизить страхи, стресс у госпитализированных детей; облегчить состояние при психосоматических заболеваниях (бронхиальная астма, нейродермит, язвенный колит, дискинезии желчевыводящих путей и др.), а также оказывает помощь в улучшении эмоционального состояния детей после развода родителей, детей, подвергающихся насилию [10;12;15].

Представленный психотерапевтический метод – ИТЦР используется при социально-психологической реабилитации детей-инвалидов в рамках реализации стандартов предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов.

Данные стандарты предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов разработаны в рамках реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2021 N 2339 (далее – постановление N 2339).

В целях исполнения пунктов постановления N 2339 приказом Минтруда России от 28 марта 2022 N 176 «Об утверждении методики определения целевых реабилитационных групп детей-инвалидов в зависимости от преимущественного вида стойких расстройств функций организма и ограничений жизнедеятельности» определены целевые реабилитационные группы (далее – ЦРГ) и целевые реабилитационные подгруппы (далее – ЦРП) детей-инвалидов, подразделяющиеся в зависимости от преимущественного вида стойких расстройств функций организма, ограничений жизнедеятельности, общности подходов к организации и содержанию предоставляемых им услуг по комплексной реабилитации и абилитации, а также нуждемости детей-инвалидов в услугах по комплексной реабилитации и абилитации.



Представленный психотерапевтический метод – ИТЦР может применяться в рамках оказания услуг по направлению социально-психологической реабилитации и/или абилитации для следующих целевых реабилитационных групп и подгрупп детей-инвалидов:

ЦРГ 1. Дети-инвалиды с преимущественными нарушениями психических функций (умственная отсталость; хромосомные нарушения; расстройства развития речи и языка, учебных навыков, моторных функций; эпизодические и пароксизмальные расстройства различного генеза; психические расстройства, расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга различного генеза (кроме деменции); невротические и соматоформные расстройства).

ЦРГ 2. Дети-инвалиды с преимущественными нарушениями сенсорных функций (зрения) (слабовидящие).

ЦРГ 3. Дети-инвалиды с преимущественными нарушениями сенсорных функций (слуха) (слабослышащие).

ЦРГ 5. Дети-инвалиды с преимущественными нарушениями языковых и речевых функций различного генеза, не включенные в другие целевые реабилитационные группы.

ЦРГ 6. Дети-инвалиды с преимущественными нарушениями функций внутренних органов и систем.

ЦРГ 7. Дети-инвалиды с преимущественными нарушениями нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций (ДЦП; болезни нервной системы, проявляющиеся нарушениями нейромышечных и связанных с движением (статодинамических) функций; нарушения функций нижних конечностей; ампутационные культы верхних и нижних конечностей, врожденное отсутствие, деформация верхних и нижних конечностей; врожденные остеохондродисплазии).

ЦРГ 9. Дети-инвалиды с аномальными отверстиями (стомами) пищеварительного тракта, дыхательной, мочевыделительной системы.

ЦРГ 10. Дети-инвалиды вследствие новообразований.

ЦРГ 11. Дети-инвалиды вследствие отдельных социально значимых инфекционных заболеваний, поствакцинальных осложнений, приведших к нарушениям различных функций организма.

Дети-инвалиды испытывают затруднения в личностном развитии, имеют низкий адаптивный ресурс. Часто имеют проблемы в эмоционально-волевой сфере, задержку психического развития, нарушения речи.

Так, у детей-инвалидов с проблемами опорно-двигательного аппарата, вторичный дефект, согласно учению о дефектах Л.С. Выготского, может проявляться в нарушении эмоционально-волевой сферы, а также в психических расстройствах, обусловленных эмоциональной депривацией. Для таких детей характерна задержка психического развития по типу психического инфантилизма, внушаемость, неспособность к волевому усилию над собой, повышенная возбудимость: беспокойство, суетливость, раздражительность, перепады настроения или наоборот наблюдается пассивность: вялость, медлительность, трудно адаптируются к новым условиям, плохо идут на контакт с незнакомыми [4].

Дети с умственной отсталостью характеризуются, прежде всего, недоразвитием высших корковых функций, инертностью психических процессов, тотальным недоразвитием познавательной деятельности при выраженном стойком дефиците абстрактного мышления, процессов обобщения, приводящих к снижению когнитивных, речевых и моторных способностей. Дети с задержкой психического развития характеризуются недостаточностью общего запаса знаний, незрелостью мышления, ограниченностью представлений, сниженной интеллектуальной целенаправленностью, преобладанием игровых интересов.

В зависимости от имеющихся стойких расстройств функций организма, развития эмоциональной и интеллектуальной сфер, личностных особенностей, общего эмоционального фона ребенка-инвалида характер игры будет различаться. Так, у детей-инвалидов с умственной отсталостью, речевыми нарушениями, сенсорными нарушениями сюжет игры примитивен,

стереотипен, эмоционально обеднен, ограничен малым игровым пространством. У детей-инвалидов с личностными и поведенческими нарушениями – игры эмоционально-экспрессивные, чаще носят агрессивный характер, в связи с чем существует высокий риск травматизации по ходу разыгрывания сюжета. Предпочтительный формат игры – разыгрывание ролей. Игровым пространством является весь кабинет. С детьми-инвалидами имеющими двигательные, нейромышечные нарушения особенности проведения игр обусловлены обустройством игрового пространства – за столом или на полу, выбором игрового материала (размер, удобство в удержании), ограниченностью в двигательной экспрессии и большей частью вербализацией игрового сюжета.

Успешная адаптация детей-инвалидов способствует благополучной их социализации: способности адекватно вести себя в обществе, расширению контактов, возможности реализоваться в профессиональной деятельности [12;14;15].

Также при проведении ИТЦР важной является организация игрового пространства. Комната должна гарантировать ребенку защиту от посторонних глаз, следовательно, не должно быть окон на внутренних стенах, на двери. Окно должно иметь занавески или жалюзи, которые можно было при необходимости задернуть. Размеры комнаты примерно 3,5х4,5 м, наиболее оптимальны для соблюдения дистанции между ребенком и специалистом. Предпочтительным покрытием для пола являются линолеума, т.к. он долговечен и легко подвергается санитарной обработке. Стены игровой комнаты следует выкрасить моющейся эмульсионной краской, предпочтительно светлых тонов. На одной из стен размещается классная доска и мел разных цветов. Игрушки, необходимые для проведения ИТЦР размещаются на открытых полках. Из мебели в кабинете необходимы стол, стулья, а также стол для рисования, лепки, а также раковина [4;8].

Игрушки и материалы (песок, глина, вода, краски, ткань и т.д.) должны предоставлять ребенку широкие возможности в выборе средств экспрессии. Игрушки заменяют ребенку слова. Ни одна игрушка не должна провоцировать ребенка на обращение за помощью к психологу. Ребенок должен быть в состоянии сам играть с игрушкой, а также иметь возможность самостоятельно до них дотянуться. Игрушки можно разделить на три категории в зависимости от преследуемых целей:

1. *Игрушки из жизни:* кукольное семейство, кукольный домик, животные, птицы, марионетки и не существующие персонажи – могут изображать членов реальной семьи ребенка и таким образом делают возможным непосредственное выражение чувства. Машинка, поезд, трактор, самолет особенно важны для упрямого, тревожного, застенчивого или замкнутого ребенка, поскольку с этими игрушками можно играть в неопределенную игру, не выражая никаких чувств, а также иметь возможность передвигаться по кабинету, исследовать его, регулировать дистанцию с психологом.

2. *Игрушки, помогающие отреагировать агрессию.* Чаще в жизни ребенок сталкивается с запретом на выражения агрессивных чувств. ИТЦР позволяет ребенку отреагировать сильные эмоции, которые он испытывает и не до конца может обозначить вследствие, вербальной обедненности. С этой целью в игровой комнате имеются игрушки для выражения гнева, враждебности и фрустрации такие как: игрушечные солдатики; крокодил-«би-ба-бо» (одевается на руку); ружья; резиновый нож и др. Стрельба, закапывание, кусание, битье и ножевые удары в игровой комнате приемлемы, поскольку они выражаются символически. Интенсивность, с которой в игровой комнате выражаются агрессивные чувства, определяются установленными психологом границами. Также сюда относится глина, ее можно мять, колотить, швырять, энергично раскатывать, с силой разрывать на куски, тем самым давая выход агрессивным импульсам.

3. *Игрушки для творческого самовыражения и ослабления эмоций.* Песок, вода, наиболее часто используются ребенком в качестве неструктурированной среды для игры. Песок и вода не имеют структуры и могут превратиться по желанию ребенка во что угодно: в зыбучие пески, пляж, поверхность планеты – возможности фантазии безграничны. Это особенно полезно для застенчивых или замкнутых детей. Кубики, детали конструктора могут быть разными

строениями, их можно швырять, их можно ставить друг на друга и разбрасывать – все это позволяет ребенку почувствовать, что значит создавать или разрушать. Краски дают ребенку возможность творить, пачкаться, мусорить, разыгрывать сценки и выражать свои чувства.

Разыгрывание сцены с использованием разных игрушек может быть непосредственно на столе, на полу (игровое пространство психолог ограничивает ковриком или пледом), на столе для песочной терапии или в раковине. Например, использование небольших игрушек (размер с ладонь) – фигуры животных, людей, рыцарей, различных видов транспорта и т. п., позволяет разыграть игровую сцену на небольшом ограниченном пространстве, на столе. В игре с такими статичными, жесткими фигурками все чувства и эмоции выражаются при помощи движений рук (включая кисти) и голоса. Уже сам материал таких фигурок ограничивает бурность эмоций и порывистость в движениях импульсивных детей, слабая внутренняя организация которых получает, таким образом, опору и поддержку извне. Игрушки, надеваемые на руку, наоборот, своей «живостью», податливостью и мягкостью материала открывают ребенку простор для движения и разрядки чувств и поэтому требуют более строгого структурирования игрового поля и правил [3;7;9].

В еще большей степени это требование относится к ролевой игре, в которой ребенок задействован всем телом, нежели экспрессия выражается только фигуркой в руках. Уровень отреагирования переживания будет совсем не одинаковый [3;12;14;15].

ИТЦР проводится в три этапа:

Первый этап – ознакомительный. Во время которого происходит знакомство психолога с родителем (-ями) (или законным (-ми) представителем (-ями) ребенка), ребенок может не присутствовать на данной встрече. Определяется характер жалоб, намечаются цели работы с ребенком. Назначается периодичность встреч.

Второй этап – непосредственно терапевтическая работа – игра. Она включает в себя установление контакта с ребенком, знакомство его с игровым пространством и правилами кабинета, Придумывание сюжета игры. Построение игровой сцены и непосредственная сама игра. По окончании игры ребенок самостоятельно разбирает игровую сцену.

Третий – завершающий этап. Подведение итогов, и обсуждение достигнутых / не достигнутых результатов терапевтического вмешательства с родителем (законным или уполномоченным представителем). Выработка рекомендаций.

На рисунке 1 представлена схема этапов ИТЦР с временными рамками.



Рисунок 1 – Этапы проведения сессии игровой терапии центрированной на ребенке

Далее приводится описание реабилитационного случая ребенка в рамках которого был применен метод ИТЦР в формате разыгрывания ролей.

*Анамнез:* Ребенок-инвалид, 12 лет. Родители ребенка развелись когда ему было 5 лет, так же у него есть брат 8 лет. Отец изредка проявляет интерес к жизни ребенка, контакт непродуктивный. До 6 лет ребенок страдал энурезом. Со слов мамы, в школе имеются трудности с успеваемостью, обусловленные дисграфией и дислексией, что в свою очередь способствовало снижению самооценки и самоуважения у ребенка. Также страдает поведение ребенка – оно выражается в вспышках вербальной агрессии перерастающее в драки и потасовки с одноклассниками, заканчивающиеся поражением ребенка, после чего он безудержно плачет, трясется и испытывает сильную утомляемость.

Предложение сыграть в игру, ребенок воспринял охотно, ему было предложено разыграть ролевую сценку, сюжет которой он сам придумает.

*Ход игры:* Ребенок организует самостоятельную игру, строит что-то вроде пирамиды, внизу которой находится «сокровищница», а сверху «трон». В сокровищницу ребенок кладет подушки, коробки, разноцветные камушки, и накрывает их покрывалом для надежности. Выбирает себе роль – короля, а психолога наделяет несколькими ролями – слуга, главный распорядитель в момент суда, просящие. Сначала ребенок считает деньги в сокровищнице, после чего заползает в нее, там может лежать или сидеть на корточках, закрывает вход покрывалом и просит тишины. Спустя 8 минут приказывает слуге приготовить ему завтрак. После завтрака, ребенок выползает из сокровищницы, накидывает покрывало, словно королевскую мантию, залезает на трон и дает приказ психологу о смене роли на главного распорядителя, направляется вершить суд. Психолог надевает зеленую накидку и приглашает людей к королю, после чего снимает накидку и перевоплощается в образ просящих (разнообразных). Король старается справедливо судить, но при этом в разговоре проскакивают грубые выражения, психолог в роли распорядителя, обращает внимание на этикет.

*Психологический анализ интерпретация игрового сценария:* образ королевской сокровищницы, созданный ребенком, позволил проявиться детским потребностям в защищенности и безопасности. «Королевское грандиозное всемогущество», компенсаторным образом символизировало идеального отца. Вероятно, оно имело отношение и к чувству самоуважения и самооценке мальчика, так как он лишь ценой больших усилий мог достичь удовлетворительных оценок в школе. Игра дала ребенку возможность символически инсценировать регрессивные чувства, «не потеряв лица» во время этой регрессии. В роли короля ребенок смог проявить «проиграть» свои желания признания и влияния. При помощи позитивного отзеркаливания на символическом уровне (через слугу, главного распорядителя, просителей, и т. д.) Ребенок предстал как справедливый, умный и великодушный король. Это поддерживало мальчика в его роли, приводило к расширению и углублению его самовосприятия и усиливало его «Я», позволило научиться лучше контролировать себя. Со слов родителей после занятий поведение ребенка стало более адаптивно как с ближайшим семейным окружением, так и (со слов педагогов) в кругу сверстников.

Опыт использования данного метода в ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России позволяет констатировать его высокую эффективность в целях коррекции дезадаптивных проявлений эмоционально-волевой сферы. Как правило, по отзывам, после первых 2-3 занятий родители удивленно отмечают, что ребенок с нетерпением ждет следующей встречи и отмечают положительные изменения в поведении ребенка.

В рамках предоставления услуги по комплексной реабилитации, оказывающейся в течение 21 дня, осуществляется примерно 6 игровых сессий с периодичностью 2 раза в неделю. По завершении проведения реабилитационных мероприятий, с использованием в том числе метода ИТЦР, отмечается снижение интенсивности истерик, агрессивных проявлений, вспыльчивости, раздражительности, снижение тревожности и интенсивности фобических проявлений, наблюдается улучшение коммуникативных навыков.

Подводя итоги вышесказанному, можно отметить что предлагаемый алгоритм использования методы игровой терапии, центрированной на ребенке расширяет репертуар реабилитационных вмешательств, позволяя добиваться положительных «эффектов» при реализации социально-психологической реабилитации в части эффективной коррекции эмоционально-волевых нарушений, формирования и развития коммуникативных навыков, улучшая адаптивные возможности ребенка-инвалида.

#### Библиографический список

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2021 N 2339 «О реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/403174140/> (дата обращения: 08.11.2022). – Текст : электронный.
2. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 28 марта 2022 N 176 «Об утверждении методики определения целевых реабилитационных групп детей-инвалидов в зависимости от преимущественного вида стойких расстройств функций организма и ограничений жизнедеятельности» URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/404358328/> (дата обращения: 08.11.2022). – Текст : непосредственный.
3. Айхингер, А. Детская психодрама в индивидуальной и семейной терапии, в детском саду и школе / А.Айхингер, В.Холл // Под общ. Ред. О.В. Сафуановой. – Москва: Изд-во «Генезис», 2014. – 336 с. – Текст : непосредственный.
4. Выготский, Л.С. Психология развития. Избранные работы / Л.С. Выготский. – Москва: Изд-во «Юрайт», 2016. – 302 с. – Текст : непосредственный.
5. Костина, Л.М. Игровая терапия с тревожными детьми / Л.М.Костина – СПб. : Изд-во «Речь», 2003. – 160 с. – Текст : непосредственный.
6. Крафт, А. Родители как психотерапевты. Прислушаться к игре своего ребенка / А.Крафт, Г.Лэндрэт – М.: Московский психолого-социальный институт, 2000 – 196 с. – Текст : непосредственный.
7. Лэндрет, Г.Л. Новые направления в игровой терапии : Проблемы, процесс и особые популяции: пер. с англ. / Г.Л. Лэндрет – М. : Когито-Центр, 2007. – 479 с. – Текст : непосредственный.
8. Лэндрет, Г.Л. Игровая терапия: искусство отношений: Пер. с англ./Г.Л.Лэндрет – М.: Международная педагогическая академия, 1994. – 368 с. – Текст : непосредственный.
9. Лэндрет, Г.Л. Игровая терапия как способ решения проблем ребенка / Г.Лэндрет, Л.Хоумер, Дж.Гловер, Д.Свини. – Воронеж : Изд-во НПО «МОДЭК», 2001. – 320 с.
10. Лэндрет, Г.Л. Игровая терапия, центрированная на ребенке: Работа в группе / Г.Л.Лэндрет, Д.С.Суини. – Текст : электронный // Журнал Практической психологии и Психоанализа, 2007. – N 4. – С. 2-22. – URL: <https://psyjournal.ru/articles/igrovaya-terapiya-centrirovannaya-na-rebenke-rabota-v-gruppe> (дата обращения: 03.11.2022).
11. Маломусова, М.Б. Использование игровой терапии, центрированной на ребенке с ОВЗ / М.Б. Маломусова – Текст : электронный // Известия Волгоградского государственного педагогического университета, 2020. – N 2 (145). – С 15-20. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ispolzovanie-igrovoy-terapii-tsentrirrovannoy-na-rebenke-s-ovz/viewer> (дата обращения: 04.11.2022).
12. О'Коннор, К. Теория и практика игровой психотерапии / Е.О'Коннор. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2002. – 464 с. – Текст : непосредственный.
13. Филиппова, Е.В. Игровая терапия / Е.В. Филиппова – Текст : электронный // Альманах Игра. К 120-летию Л.С. Выготского, 2017. – № 28. – URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-28/play-therapy> (дата обращения: 05.11.2022).
14. Эльконин, Д.Б. Психология игры / Д.Б.Эльконин. – 3-е изд. – М. : ВЛАДОС, 2015. – 228 с. – Текст : непосредственный.

**Информация об авторах:** Е.В. Морозова – канд.психол.наук, [elvamorozova@yandex.ru](mailto:elvamorozova@yandex.ru), Е.В. Жукова, [egeni69@bk.ru](mailto:egeni69@bk.ru), К.А. Петрова, [i@petrovakarina.ru](mailto:i@petrovakarina.ru), М.В. Таламанова, [talamanovam@yandex.ru](mailto:talamanovam@yandex.ru), М.В. Кучумова, [mary-lka@yandex.ru](mailto:mary-lka@yandex.ru)

**Information about the authors:** Elena V. Morozova – Candidate of Psychological Sciences, *elvamorozova@yandex.ru*, Eugenia V. Zhukova, *egeni69@bk.ru*, Karina A. Petrova, *i@petrovakarina.ru*, Marina V. Talamanova, *talamanovam@yandex.ru*, Maria V. Kuchumova, *mary-lka@yandex.ru*

## Дидактическая игра, как средство повышения усвоения знания у дошкольников с нарушением зрения

**О.Ю. Зиновьева**

Государственное бюджетное образовательное учреждение города Москвы «Школа-интернат № 1 для обучения и реабилитации слепых» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы, Москва, 129626, Россия

**Аннотация.** В статье исследуются дидактические игры, увеличивающие уровень усвоения знаний и общие познавательные способности детей с тяжелым нарушением зрения. Показаны эффективные способы использования дидактических игр в соответствии с особенностями развития дошкольников с особенностями зрения.

**Ключевые слова:** дидактические игры, нарушение зрения дошкольников, дети, усвоение знаний, познавательные процессы, образование, организация педагогического процесса.

## A didactic game as a means of enhancing the learning of preschoolers with visual impairments

**Olga Y. Zinovieva**

Moscow State Budgetary General Educational Institution «Boarding School №1 for Training and Rehabilitation of the Blind» of the Department of Labor and Social Protection of the City of Moscow, Moscow, 129626, Russia

**Abstract.** This article investigates didactic games which increase the level of knowledge assimilation and general cognitive abilities of severely visually impaired children. Effective ways of using didactic games according to the peculiarities of development of preschool children with visual impairment are shown.

**Key words:** didactic games, visual impairment of preschool children, children, learning, cognitive processes, education, organisation of the pedagogical process.

В настоящее время можно наблюдать распространенность болезней зрительного нерва. Особенно эта проблема касается детей. В Отчетных формах федерального статистического наблюдения представлены следующие данные по категории болезни глаза у детей в возрасте 0-14 лет: в 2015 г. зарегистрировано 1459,1 тыс. случаев болезни, в 2018 – 1475,0 тыс., в 2019 – 1563,2 тыс., в 2020 – 1375,5 тыс. [5]. Таким образом, за период 2015 – 2019 гг. наблюдался рост заболеваемости среди детей в возрасте 0-14 лет, а в 2020 г. зафиксировано сокращение этого показателя.

Дошкольные учреждения, которые на данный момент претерпевают ряд преобразований, должны учитывать этот факт и организовывать педагогический процесс дошкольников с особенностями зрения системно и целостно. Кроме того, обучение и усвоение знаний детей дошкольного возраста предполагает их активную включенность в мир явлений, осознание предметов и их характеристик. В свою очередь, нарушение зрения отражается на развитии познавательных процессов детей, поэтому обучение дошкольников требует применение особых методов. Одним из таких методов выступает дидактическая игра, которая выполняет важнейшие психолого-педагогические функции.

Учитывая вышесказанное, актуальность темы обуславливается важностью развития процессов обучения детей дошкольного возраста с нарушением зрения с помощью особых учебных методов. Учебные занятия, организуемые в виде игр, способствуют развитию познавательных процессов дошкольников. Дидактическая игра, в рамках образования детей

с нарушением зрения, является приоритетной потому, что игра служит ведущей деятельностью дошкольников.

Среди нарушений зрения выделяют несколько категорий: косоглазие и амблиопия; нарушение рефракции; слабовидение; остаточное зрение; слепота с полным отсутствием зрения [7]. Слепой ребенок не может самостоятельно наблюдать, изучать и усваивать явления окружающего мира, поэтому его развитие тесно связано с обучением и воспитанием. По причине этого, изучение учебных методов в организации педагогического процесса, который способствует формированию высокого усвоения знаний слепого дошкольника, является необходимым.

Целью статьи является анализ дидактических игр, повышающих уровень усвоения знаний у дошкольников с нарушением зрения.

В развитии познавательных процессов дошкольников с тяжелыми нарушениями зрения имеется ряд характеристик, которые необходимо учитывать во время их обучения с помощью дидактических игр. У детей данной группы наблюдается снижение общей умственной активности в связи меньшим и узким запасом образных представлений, ограниченностью освоенного пространства, меньшей активностью при познании окружающей среды. Кроме того, у слепых дошкольников проявляется пассивность и безынициативность вследствие отсутствия их побуждений к самостоятельности, к проявлению личностных качеств. Другой особенностью слепых дошкольников является неравномерность развития их познавательных процессов, которая обусловлена специфическими способами изучения окружающего мира. Поэтому перед педагогом стоит задача помочь ребятам овладеть навыками изучения предметов.

У слепых дошкольников наблюдается диспропорциональность, которая обуславливается тем, что процессы, которые менее страдают от отсутствия зрения (речь, память и т.д.), развиваются быстрее [6]. Установлено, что у детей с тяжелым нарушением зрения низкий уровень потребности в познании объектов реального мира. Применение педагогом дидактических игр в процессе обучения, поможет активировать исследовательскую активность [7].

Особую важность в обучении слепых детей играет процесс усвоения знаний. По словам С.Л. Рубинштейна «процесс прочного усвоения знаний – центральная часть процесса обучения» [11, с. 543]. Данный процесс включает восприятие информации, ее осмысление, запоминание и применение в различных обстоятельствах. Недостаток чувственного опыта у слепых детей отрицательно сказывается на уровне их усвоения знаний, недостаточная сформированность представления о качествах предметах и явлений выступают препятствием для полноценного развития дошкольников [13]. Уровень усвоения знаний определяет у детей их дальнейшую способность к классификации предметов, их сравнению и к другим логическим мыслительным операциям [3].

Рациональную динамику усвоения знаний обеспечивают дидактические игры. Особенность дидактических игр заключается в предоставлении заданий в игровой форме с включением познавательных и воспитательных компонентов. Кроме того, усвоение знаний ребенком является побочным продуктом активной и игровой деятельности. Применение дидактических игр способствует закреплению знаний, полученных детьми на занятиях, развитию внимания, настойчивости, общему развитию умственных способностей [8;15]. Дидактические игры являются эффективным средством в развитии ориентировочных навыков, навыков осязания, узнавания предметов по звуковым и обонятельным характеристикам. Данные свойства дидактической игры снижают неравномерность развития познавательных процессов слепых детей. В процессе дидактической игры ребенок с тяжелым нарушением зрения имеет возможность накопить познавательный опыт, наблюдать, сравнивать, сопоставлять и классифицировать предметы по разным свойствам, делать элементарные обобщения. Все вышеперечисленное, необходимо слепому дошкольнику для развития его умственных способностей, инициативности и активности [1;10].

Для закрепления знаний о предмете и усвоения их качеств Л. И. Солнцева предлагает применить дидактическую игру «Чудесный мешочек», в которой задействуются мелкие

игрушки, предметы обихода. В мешочек можно положить мячики, зубную щетку, чайную ложку, пирамиды, матрешки и т.д. Группа дошкольников по очереди достают инвентарь из мешочка, называют их и рассказывают все, что о них знают. Достоинством игры является ее разнообразие. Предметы, в процессе обучения слепых детей, можно обновлять. Кроме того, правила «Чудесного мешочка» лабильны: ребенок достает из мешочка предмет, рассказывает его характеристики, а остальные дети угадывают этот инвентарь. В данной вариации дети объединены общей учебной деятельностью и ориентируют свое поведение на выигрыш, что усиливает эффект усвоения знаний. Помимо закрепления свойств предметов, игра способствует развитию осязания дошкольников, расширяет словарный запас на основе непосредственного чувственного восприятия. Дети учатся слушать и понимать друг друга, узнавать предметы из окружающего мира и осознанно рассказывать о них [13].

Далее, когда дети познакомятся с мебелью, с группами животных, одеждой, для усвоения знаний можно применить игру «Отгадывание предмета по описанию». В этой игре добавляется элемент инициативности – ребенок самостоятельно выбирает животное, предмет мебели про которое будет рассказывать. По словесному описанию объекта, группа детей должна отгадать, что загадывал первый ребенок. Кроме того, данная дидактическая игра предполагает использование загадок, стихотворений.

Успешное усвоение знаний также достигается с помощью модификации игры «Отгадывание предмета по описанию». Так, один из группы детей уходит, а оставшиеся договариваются, какой предмет они будут загадывать. Далее, отгадывающий задает детям поочередно вопросы, касающихся признаков предмета («Для чего он нужен?» и т.д.). После того, как ребенок догадался, какой инвентарь загадывали, он находит его среди других предметов. Если угадываемым предметом было животное, можно попросить ребенка рассказать, где оно живет, чем питается и т.д. [13].

Для закрепления предметных знаний для детей дошкольного возраста с особенностями зрения уместно применение в дидактических играх пластилина, кинетического песка или теста. Дети, используя эти материалы, могут воспроизвести элементарные усвоенные фигуры – «колбаску», «шарик», «баранку». Для чаепития с игрушками можно сделать с ребенком предметы посуды загибая края у расплющенной формы («тарелка»), вдавливая углубление в шарике пальцем («чашка»). Позже дети, с особенностями зрения могут учиться воспроизводить более сложные формы – «морковку», добавлять ручку к чашке и т.д. В качестве стимуляции к деятельности служит непосредственно создание игровой мотивации. Кроме того, помимо процессов усвоения, в данной деятельности подключаются моторные и осязательные процессы [9].

Дидактические игры «Чудесный мешочек» и «Отгадывание предмета по описанию», включая применение дополнительных материалов (пластилин, и т.д.), способствуют усвоению детьми предметов и их характеристик. Дошкольники самостоятельно могут применять полученные знания в новых условиях, обогащая свой чувственный опыт. Игры пополняют и активизируют словарь ребенка, способствуя развитию связанной речи. Во время игр ребенок осознает, что успех зависит от его стараний, что побуждает его к активным действиям, к взаимодействию с командой и поиску новых знаний.

Усвоение знаний дошкольника основывается на внимании. Основные свойства внимания (объем, избирательность, устойчивость, переключение и т.д.) формируются именно в дошкольном возрасте. Поэтому в процессе обучения педагогу необходимо активизировать произвольное внимание у детей. Условием его формирования является наличие внешних опор – развернутых практических действий. Далее происходит переход от внешних опор к внутренним. Для детей с особенностями зрения характерно позднее становления произвольного внимания, поэтому педагогу необходимо стимулировать навыки, которые позволят ребенку управлять и применять усвоенные знания [4].

Дидактическая игра «Что изменилось?» направлена на развитие внимания, памяти и применение усвоенных знаний при решении логических задач. Дошкольнику предлагается



три знакомые ему мягкие игрушки (зайчик, мишка, собака) одинакового небольшого размера. В ходе игры педагог рассказывает, что к ним в гости придут животные. От ребенка требуется назвать игрушки, запомнить, как они стоят в ряду и положить по порядку угадывания животных в ряд. Далее, по мере обучения, можно предлагать большее количество игрушек разных размеров [8]. Задействованные в игре процессы – называние, запоминание, воспроизведение – развивают познавательные процессы дошкольника и увеличивают уровень усвоения информации.

Память и внимание развивают и такие дидактические игры, как «Найди такой же предмет», «Что потеряно?» [1].

Для нормального формирования процессов приема, переработки и сохранения полученных знаний необходимо развитие памяти. Основными процессами памяти в дошкольном возрасте являются запоминание, узнавание и воспроизведение усвоенной информации. Особенностью памяти детей с нарушением зрения является выпадение и сужение образов памяти вследствие выпадения зрительных образов. Однако потерянные образы памяти компенсируются за счет работы сохраненных анализаторов [2]. Помимо этого, память слепых детей отличается фрагментарностью, схематизмом, низкой обобщенностью и вербализмом. Задача педагога использовать дидактические игры, которые способствовали развитию и обогащению образов памяти, и, за счет этого, увеличению уровня усвоения знаний [12].

Развитию узнавания, запоминания образов и форм предметов способствует игра «Найди пропавшую игрушку». Для этой дидактической игры необходимы три игрушки (мячик, пирамида, матрешка) одинакового размера, которые помещаются в ручке ребенка. На столе, перед дошкольником, раскладываются игрушки. Задача ребенка назвать предметы, запомнить их последовательность. Далее, преподаватель убирает один инвентарь. Ребенку необходимо определить какой игрушки не стало. После проведения игры «Найди пропавшую игрушку», можно увеличивать число предметов, знакомых ребенку (кубик, машинка) до пяти единиц [3].

Развитию мнемической деятельности для повышения усвоения знаний в команде способствует дидактическая игра «Я положил в мешок ...». В качестве оборудования можно выбрать предметы, объединённые одной характеристикой, например, муляжи фруктов или овощей. Педагог начинает игру со словами «Я положил в мешок яблоко». Следующий ребенок повторяет сказанное, выбирает предмет и добавляет: «Я положил в мешок яблоко и банан». Третий игрок повторяют предыдущую фразу и добавляет свой фрукт [8].

Увеличению уровня усвоения знаний способствуют развитие таких мыслительных операций, как классификация, обобщение, сравнение. Во время дидактической игры «Что лишнее?», с элементами осязания, детям необходимо определять и узнавать предметы, предложенные учителем. Педагог предлагает предметы, объединенной одной темой (животные, предметы гигиены) и один неподходящий предмет. Задача ребенка определить, какой предмет лишний и объяснить почему. В данной игре задействуется потребность ребёнка в оценке своих восприятий, их точности, сравнения с качествами другими предметами. Кроме того, ребенок, вместе с педагогом, знакомится с принципами классификации, сравнения, на основе каких признаков можно обобщать предметы [13]. Игра «Одень куклу» также способствует развитию мыслительных классификаций: ребенок выбирает одежду в соответствии с сезоном, в зависимости от размера куклы [9].

Для развития словесно-логического мышления можно использовать дидактическую игру «Продолжи ряд». Педагог предлагает ряд слов, которые дополняют дети. Слова в группе должны быть обобщены одним смыслом: 1) слива, яблоко... 2) береза, клен... 3) кукла, мишка, и т.д. В данном случае, дети с особенностями зрения активизируют усвоенные раннее знания, пользуются классификацией [6].

Освоение мыслительных операций облегчает и повышает уровень усвоения знаний ребенка с особенностями речи, позволяет ему самостоятельно изучать предметы окружающего

миры. Кроме того, умения и знания, полученные в ходе игр, усваиваются в повседневной жизни детей.

При проведении дидактических игр необходимо уделять внимание их организации. Обучение и воспитание лучше организовывать в большом помещении, предложив детям встать в круг или сесть на стульчики. В первую очередь педагог должен понимать, насколько содержание и ход игры соответствуют уровню развития способностей детей с нарушением зрения, готовы ли они к восприятию материала с учетом своих возможностей. Речевой материал и средства коммуникации должны быть доступны для понимания каждому ребенку. Необходимо четко и доступно объяснять правила игры, используя понятную лексику, демонстрируя игры собственными действиями [14].

Одним из важных условий проведения дидактических игр является полноценное изучение предлагаемого инвентаря, уточнение понимания детьми их применения и характеристик. Обследование предметов возможно доступными ребенку способами, основываясь на тактильно-двигательные ощущения, обоняние, слуховое восприятие. Время для изучения ребенком предмета не должно быть ограничено. Незнакомые ребенку предметы должны быть исключены из дидактической игры [12].

Для реализации функций дидактических игр, которые способствуют увеличению усвоения знаний, занятия должны повторяться несколько раз, если предоставляется возможность, проводить их в других условиях. Если у ребенка что-то не получается, необходимо его поддерживать, выполнять действия совместно. Если он не понимает правил дидактической игры, можно вовлечь в игру других детей, членов семьи для совместной деятельности. Важно стимулировать, содействовать активности ребенка или продолжить игру по-другому, облегчив задачу или поменяв игровые материалы. Поддерживание ребенка осуществляется разными формами: в словесной, с помощью пиктограмм, жестов и других средств коммуникации, доступных детям с нарушением зрения. Проведение дидактических игр требует спокойной атмосферы, когда ребенок чувствует внимание и поддержку со стороны взрослых [3;15].

Таким образом, нарушение зрения в дошкольном возрасте относится к числу важнейших психосоциальных проблем. Дети с полным отсутствием зрения зависят от методов обучения и воспитания, так как у них отсутствует возможность самостоятельно изучать окружающий мир. Выделенные особенности развития познавательных процессов дошкольников с тяжелым нарушением зрения указывают на необходимость внедрения в педагогический процесс активных методов обучения, которые способствуют повышению усвоения знаний, общего умственного развития, инициативности. Такой формой учебного занятия выступает дидактическая игра.

Следствием применения дидактических игр является накопление нового чувственного опыта. Были выделены группа дидактических игр, которые повышают уровень усвоения знаний о предметах и их характеристиках: «Чудесный мешочек», «Отгадывание предмета по описанию». Это командные игры, способствующие закреплению в активной форме знаний дошкольников, развитию навыков коммуникации и творческого рассказывания.

Нормальное формирование уровня усвоения знаний основывается на таких познавательных процессах как память и внимание. С целью развития внимания и применение усвоенных знаний можно использовать следующие методики: «Что изменилось?», «Найди такой же предмет», «Что потеряно?». Развитию процессов памяти и мнестической деятельности, повышающей эффективность усвоения знаний, способствуют такие дидактические игры, как «Найди пропавшую игрушку», «Я положил в мешок ...».

В дошкольном возрасте у ребенка начинается процесс освоения мыслительных операций, которые увеличивают уровень усвоения знаний. Существуют следующие дидактические игры, направленные на формирование приемов классификации, обобщения, сравнения у дошкольников с полным отсутствием зрения: «Что лишнее?», «Одень куклу», «Продолжи ряд».

Дидактические игры будут приносить больше эффекта, если организация обучения слепых дошкольников будет соответствовать определенным правилам. Так, занятия лучше проводить в просторном помещении в спокойной обстановке. Ребенок должен чувствовать внимание и поддержку со стороны взрослых. Педагог должен убедиться, что детям понятны правила игры и знакомы игрушки, участвующие в игре.

Применение описанных дидактических игр повышает способность ребенка с особенностью зрения усваивать материал, а также развивает общую познавательную активность.

### Библиографический список

1. Аубакирова, А.А. Дидактическая игра-продуктивное средство сенсорного воспитания детей с нарушениями зрения / А.А. Аубакирова, А.Б. Жауен, Г.А. Сатыбалдинова. – Текст : непосредственный // Наука и реальность / Science & Reality. – 2021. – N 2 (6). – С. 151-153.
2. Бережкова, Е.И. Восприятие, внимание, память и мышление у дошкольников с нарушением зрения / Е.И. Бережкова. – Текст : непосредственный // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. – 2016. – N 4 (1). – С. 113-122.
3. Головчиц, Л.А. Игры и упражнения для детей с тяжелыми нарушениями слуха и зрения : сборник игр для педагогов и родителей: практич. пособие / Л.А. Головчиц, Л.И. Кириллова, А.В. Кроткова, Е.Л. Андреева, Т.Ю. Сироткина. – М. : ИНФРА-М, 2018. – 149 с. – Текст : непосредственный.
4. Жебеленко, В.В. Познавательные процессы слепых детей, их внешние и внутренние психические взаимодействия / В.В. Жебеленко. – Текст : непосредственный // Педагогический вестник. – 2022. – N 18. – С. 19-21.
5. Здравоохранение в России. 2021 : Стат. сб. / Росстат. – М. : Федеральная служба государственной статистики, 2021. – 171 с. – Текст : непосредственный.
6. Литвак, А.Г. Практикум по тифлопсихологии : учеб. пособие для студентов дефектол. фак. пед. ин-тов / А.Г. Литвак, В.М. Сорокин, Т.П. Головина. – М. : Просвещение, 1989. – 110 с. – Текст : непосредственный.
7. Литвак, А.Г. Психология слепых и слабовидящих : учеб. пособие / А.Г. Литвак. – СПб : Изд-во РГПУ Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена, 1998. – 271 с. – Текст : непосредственный.
8. Мухатдинова, С.С. Дидактическая игра как средство обучения детей дошкольного возраста / С.С. Мухатдинова, Е.А. Медведева, О.Л. Точилина, О.И. Харченко. – Текст : непосредственный // Молодой ученый. – 2021. – N 7 (349). – С. 67-69.
9. Орехова, Т. Развитие осязательного восприятия и тактильной чувствительности. Использование новых технологий / Т. Орехова. – Текст : непосредственный // Дошкольное воспитание. – 2013. – N 1. – С. 84-91.
10. Ростомашвили, Л.Н. Формирование игровой деятельности у детей младшего дошкольного возраста со сложными нарушениями развития / Л.Н. Ростомашвили. – Текст : непосредственный // Адаптивная физическая культура. – 2012. – N 3 (51). – С. 28-31.
11. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн. – СПб : Изд-во «Питер», 2000. – 712 с. – Текст : непосредственный.
12. Солнцева, Л.И. Введение в тифлопсихологию раннего, дошкольного и школьного возраста / Л.И. Солнцева. – М. : Изд-во Полиграфсервис, – 1998. – 126 с. – Текст : непосредственный.
13. Солнцева, Л.И. Воспитание и обучение слепого дошкольника / Л.И. Солнцева, Е.Н. Подколзина. – М. : ИПТК «Логос» ВОС, 2005. – 268 с. – Текст : непосредственный.
14. Феоктистова, В.А. Обучение и коррекция развития дошкольников с нарушенным зрением : методическое пособие / В.А. Феоктистова, Т.П. Головина, Л.В. Рудакова, А.М. Витковская. – СПб : Образование, 1995. – 147 с. – Текст : непосредственный.
15. Эльконин, Д.Б. Психология игры / Д.Б. Эльконин. – М. : Просвещение, 2000. – 264 с. – Текст : непосредственный.

**Информация об авторах:** О.Ю. Зиновьева, [olya.zinovieva2016@yandex.ru](mailto:olya.zinovieva2016@yandex.ru)

**Information about the authors:** Olga Y. Zinovieva, [olya.zinovieva2016@yandex.ru](mailto:olya.zinovieva2016@yandex.ru)

## **Нейрографика как инновационный арт-терапевтический метод социально-психологической реабилитации детей-инвалидов с детским церебральным параличом**

**Е.В. Морозова, Е.В. Жукова, А.Н. Барышова, Е.В. Золотораева, Д.А. Аноскина**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Москва, 127486, Россия

**Аннотация.** В данной статье изложены цели и задачи, решаемые в ходе проведения социально-психологической реабилитации детей-инвалидов посредством применения арт-терапевтического метода – нейрографики. Обоснована актуальность применения данного метода в работе с детьми-инвалидами с детским церебральным параличом. Описаны возможности нейрографики в формировании двигательных функций верхних конечностей и коррекции негативных эмоциональных состояний у ребенка-инвалида. Изложены методические подходы и опыт использования метода нейрографики в работе специалистов Федерального центра научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов с детьми данной категории.

**Ключевые слова:** арт-терапия; нейрографика; детский церебральный паралич (ДЦП); графомоторные навыки; мелкая моторика; тактильная чувствительность; тревожность; агрессивность; эмоциональное состояние.

### **Neuro graphics as a method of socio-psychological rehabilitation of disabled children with cerebral palsy**

**Elena V. Morozova, Eugenia V. Zhukova, Anna N. Baryshova,  
Elena V. Zolotareva, Daria A. Anoskina**

The Federal State Budgetary Institution «Federal Bureau of Medical and Social Expertise» of the Ministry of labour and social protection of the Russian Federation, Moscow, 127486, Russia

**Abstract.** This article sets out the goals and objectives to be solved during the socio-psychological rehabilitation of disabled children through the use of an art-therapeutic method – neurography. The relevance of the application of this method in working with disabled children with cerebral palsy is substantiated. The possibilities of neuro graphics in the formation of motor functions of the upper extremities and correction of negative emotional states in a disabled child are described. Methodological approaches and experience of using the neuro graphics method in the work of specialists of the Federal Center for Scientific, Methodological and Methodological Support for the development of a system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people and disabled children with children of this category are described.

**Key words:** art therapy; neurographics; cerebral palsy (CP); graphomotor skills; fine motor skills; tactile sensitivity; anxiety; aggressiveness; emotional condition.

Проблема совершенствования подходов к социально-психологической реабилитации и адаптации детей-инвалидов в последние годы становится все более актуальной, что связано с увеличением количества детей, имеющих особенности в физическом и/или психическом развитии. Так, по данным Федерального реестра инвалидов (ФГИС ФРИ), общая численность инвалидов в Российской Федерации на 01.09.2022 г. составляет 11 190 388 человек, из них 739 681 – ребенок-инвалид, что равно 6 % от общего числа лиц с инвалидностью [9]. Более того, по данным «Доклада о состоянии и динамике инвалидности, комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации на 2021 год» – «среди нозологических форм, формирующих первичную инвалидность вследствие болезней

нервной системы, 1-е ранговое место занимает детский церебральный паралич (ДЦП) и другие паралитические синдромы» [8, с. 67].

Детский церебральный паралич (ДЦП) – это «группа стабильных нарушений развития моторики и поддержания позы, которые приводят к ограничению функциональной активности и двигательным нарушениям, обусловленным непрогрессирующим повреждением и/или аномалией развивающегося головного мозга у плода или новорожденного ребенка» [1, с. 1]. ДЦП представляет собой сложное многофакторное заболевание, вовлекающее в патологический процесс одновременно несколько систем организма.

Как отмечают Е.В. Семёнова, Е.В. Клочкова, А.Е. Коршикова-Морозова [и др.], до настоящего времени доказательств наличия корреляции между степенью выраженности двигательных функций и тяжестью психических нарушений не выявлено, а «механизм специфических отклонений в психическом развитии детей с ДЦП сложен, определяется временем, степенью и локализацией поражения центральной нервной системы» [7, с. 371]. Так, помимо двигательных нарушений, обусловленных органической природой заболевания, у детей с ДЦП часто наблюдаются особенности психического развития как в познавательной деятельности, так и в процессе формирования личности (недостаточность волевой регуляции, эгоцентризм, неспособность работать в группе, возбудимость, повышенная чувствительность к разным раздражителям, низкая самооценка и неуверенность в своих силах, конфликтность, низкий уровень коммуникативных навыков).

Особое внимание психологов требуют подростки с ДЦП, поскольку подростковый возраст сам по себе, как правило, является сложным периодом в жизни человека. Эмоциональное состояние в данный период чаще всего характеризуется возникновением эмоционального напряжения. Исследователи отмечают, что подростки имеют самый высокий уровень тревожности в сравнении с представителями других возрастных групп [2].

Постоянная смена настроения на фоне гормональных изменений в организме являются стрессом для ребенка с инвалидностью, что помимо имеющихся функциональных нарушений также обуславливает сложности социального функционирования. Вышеизложенное обосновывает включение в структуру индивидуального плана реабилитации ребенка с ДЦП реабилитационных мероприятий, направленных на коррекцию эмоционально-личностной сферы, включая различные арт-терапевтические методики и практики.

В работах М.В. Киселевой понятие «арт-терапия» раскрывается следующим образом: «Арт-терапия – междисциплинарное явление. Данный метод возник на стыке искусства и науки и вобрал в себя достижения медицины, педагогики, культурологии, социологии и других дисциплин. Арт-терапия может быть адаптирована к различным задачам, начиная от решения проблем социальной и психологической дезадаптации и заканчивая развитием человеческого потенциала, повышением планки психического и духовного здоровья» [4, с. 10].

Основной принцип данного метода заключается в использовании творческой визуальной и пластической экспрессии, и делает его незаменимым инструментом развития и гармонизации в тех случаях, когда человек вербально не может выразить свое эмоциональное состояние.

Используя приемы арт-терапии в процессе реабилитации подростков можно пробудить жизненные силы, активизировать внутренние ресурсы, создать новые мотивы и установки и укрепить их в повседневной жизни, развить познавательную и эмоциональную сферы, творческие способности и компенсировать недостающие возможности посредством вовлечения человека в творческую деятельность. Также арт-терапия может помочь сформировать навыки коммуникативного взаимодействия и, оптимизируя личные качества и ресурсы, способствует налаживанию внутренней целостности, что особенно актуально при работе с подростками и в последствии будет способствовать их социальной адаптации.

В своих исследованиях по эффективности применения арт-терапии в комплексной реабилитации детей, больных ДЦП, Е.Ю. Грабовская и Н.Ю. Тарабрина утверждают, что одним из значимых факторов для формирования и активизации двигательной деятельности является потребность ребенка-инвалида в самовыражении, которую он реализует через творчество,

в связи с чем среди многообразия реабилитационных технологий особое внимание уделяется арт-терапии [3].

Авторы отмечают, что «в результате проведения комплексной реабилитации с элементами арт-терапии у детей, больных ДЦП, в основной группе произошли изменения следующих показателей: координация движений улучшилась на 47,5 % ( $p \leq 0,01$ ); статическое равновесие возросло на 27,7 % ( $p \leq 0,01$ ); ловкость и меткость увеличились на 28,7 % ( $p \leq 0,01$ ); показатель тонкой моторики улучшился на 91,6 % ( $p \leq 0,001$ ); уровень тревожности снизился на 21,8 % ( $p \leq 0,001$ ); показатель образно-логического мышления, анализа и обобщения улучшился на 69,4 % ( $p \leq 0,001$ )» [3, с. 5].

В рамках предоставления мероприятий социально-психологической реабилитации и абилитации детей-инвалидов стандартов предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов (утвержденных Приказами Минтруда России от 26 апреля 2022 N 261, 262, 263), в части индивидуальных коррекционно-развивающих занятий, метод арт-терапии рекомендован к применению и на практике широко применяется с целью формирования у ребенка способности к саморегуляции, контроля за своим поведением, развития эмоционально-волевой сферы, профилактики агрессивности, формирования способности к самопознанию и саморазвитию.

Одним из новых и довольно молодых направлений арт-терапии является нейрографика. Занятия нейрографикой позволяют корректировать негативные эмоциональные состояния человека посредством расширения представлений о творчестве и способах самовыражения в нем [5].

Данный метод очень быстро развивается и набирает популярность у специалистов (психологов, арт-терапевтов), поскольку в условиях, не требующих больших затрат (для реализации данного метода необходимы лишь бумага, карандаши и маркеры) можно достичь положительной динамики в гармонизации различных сфер жизни человека, в том числе в коррекции эмоционального напряжения и повышении способности к саморегуляции.

Психотерапевтическое воздействие нейрографики происходит посредством изобразительной деятельности. Данный метод помогает подростку понять и ощутить самого себя, научиться свободно выражать свои чувства и мысли, снизить внутренние ограничения, накопленные в психике, а также развивает зрительно-моторную координацию, что особенно важно в коррекции моторных функций у детей с ДЦП.

Дети с ДЦП, как правило, позднее своих сверстников осваивают графомоторные навыки, учатся контролировать движения руки и им сложно управляться с письменными принадлежностями. В нейрографике нет четких жестких линий, они ведутся нежно и плавно, пересекаясь в произвольных точках, тем самым формируя на начальном этапе абстрактный рисунок. Работа с карандашом, необходимость выдерживать границы штриховки и т.п. делают применение нейрографики эффективным в части развития мелкой моторики рук и улучшения графомоторных навыков, позволяя ребенку-инвалиду быстрее развивать навыки контроля движения верхних конечностей.

Нейрографика предоставляет возможность выразить на листе бумаги свои чувства и эмоции, проживая их мягко и искренне, что особенно важно в случае невозможности (трудности) их осознания. Благодаря нейрографике подросток с ДЦП легко и естественно может выражать свои впечатления о мире, уходя от стереотипов, вырабатывая осознанное мышление. Во время занятия психолог наблюдает за процессом появления на листе нейрографических линий, кругов, фигур, изображаемых ребенком в художественной экспрессии, отражающей внутренний мир и все то, что ребенок не может вербализировать и объяснить. Особое терапевтическое значение техники рисования нейрографических линий заключается в образовании новых нейронных связей и развития гибкости мышления, что также приводит к осознанию человеком различных возможностей для решения определенных жизненных ситуаций. В том случае, когда подростку сложно объяснить свое внутреннее

состояние, рисование облегчает процесс его выражения и вербализацию внутренних ощущений и причин тревоги.

Если включить в процесс рисования участие «неведущей» руки, то наравне с эмоциональной сферой коррекционное воздействие будет направлено на развитие межполушарной асимметрии, что также является терапевтическим и с точки зрения активизации более слабой полушарной стратегии (холистической либо аналитической), помогая человеку переструктурировать восприятие происходящего (от деталей к целому, или наоборот).

Таким образом, нейрографика – это творческая форма передачи восприятия мира в процессе постановки и решения различных психологических задач. В основе этой уникальной арт-терапевтической техники заложен принцип спонтанного переноса внутреннего конфликта на лист бумаги посредством художественного образа (рисунка) для последующей проработки и осмысления проблемы, изображенной графически. Также принципы рисования существующей проблемы основаны на эмоциональном выражении актуального беспокойства «через руку». На рисунках 1-4 представлены примеры графической проработки внутренних конфликтов подростками с ДЦП посредством техники «нейрографика».

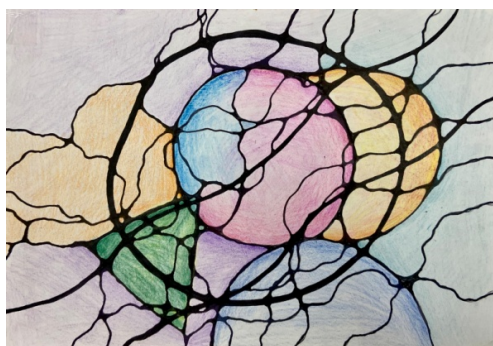


Рисунок 1.



Рисунок 2.



Рисунок 3.

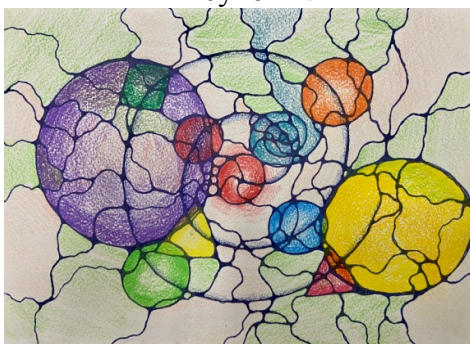


Рисунок 4.

Далее изложим алгоритм работы с данной арт-терапевтической техникой. Процесс рисования и знакомства с техникой нейрографики у ребенка-инвалида начинается с подготовки, в ходе которой психолог разъясняет ребенку что и как будет происходить в процессе занятия. После разъяснения ребенок, представляя свою проблему, переходит к выполнению техники и пробует, не задумываясь, рисовать каракули, волнистые, изогнутые, замкнутые, спонтанные нейрографические линии или геометрические фигуры, соединенные между собой. Важно, что во время рисования подросток как бы наблюдает за собственным процессом, тем самым погружаясь в мир своего бессознательного.

Далее начинается основная работа и переход к этапу «*актуализации*». На данном этапе подросток концентрируется на своих неприятных эмоциях, воспоминаниях, навязчивых мыслях или страхах. Тем самым в сознании активизируются привычные нейронные связи, запуская процессы восприятия, обдумывания и принятия решения знакомым (привычным) способом.

Затем, в моменте максимальной концентрации на значимой проблеме начинается следующий этап – этап «*выброса*». На данном этапе необходимо в течение 4-7 секунд

эмоционально заряженным движением руки выплеснуть сконцентрированные переживания на лист бумаги с помощью маркера черного цвета. Так, благодаря движению руки, негативные эмоции находят отражение и обретают форму на листе.

Следующим важным этапом в работе является этап *«округления»*. На месте пересечения линий экспрессивного рисунка образуются углы, которые воспринимаются головным мозгом как носители конфликтности. Главная задача заключается в том, что бы закруглить эти углы, рисуя на их месте овалы и круги. Моторно-зрительное восприятие в процессе сглаживания углов косвенно (нейрофизиологически) сглаживает и негативные эмоции, гармонизируя при этом внутреннее эмоциональное состояние. Данный этап длится 20-40 минут и в начале вызывает положительные эмоции. Однако в процессе рисования может проявиться сопротивление, выраженное в негативном реагировании на рисунок и желании поскорее закончить работу. Таким способом головной мозг пытается удержать рисующего в рамках привычного функционирования и восприятия, задействовав уже сформированные ранее нейронные связи. Психологу, важно, несмотря на сопротивление, стимулировать человека продолжать округление острых фрагментов рисунка (углов), так как через 20 минут работы в процесс умственной деятельности включаются лобные доли головного мозга, которые отвечают за нахождение новых решений, благодаря чему начинают формироваться новые нейронные связи [6].

Линии закрашиваются более темным цветом для того, чтобы острые углы визуально не воспринимались. Оборванные линии продолжают и соединяются с уже нарисованными линиями. При этом человек должен рисовать произвольно, без определенных правил так, как ему подсказывает настроение. На подсознательном уровне круг воспринимается как гармония. Чем больше кругов образуется на рисунке, тем больше визуальной гармонии вносится в зону проблемного восприятия мира, прорабатывая тем самым имеющийся внутренний конфликт.

Далее начинается этап *«объединения и интеграции»*. На данном (четвертом) этапе главная задача заключается в объединении получившейся фигуры с фоном, посредством дорисовывания дополнительных линий и элементов. Ребенок, на основании индивидуального восприятия мира выбирает цвета для заполнения получившегося рисунка самостоятельно, в соответствии с внутренним эмоциональным состоянием по отношению к существующей проблеме, которую он изобразил. В соответствии с принципами нейрографики масштаб рисунка не ограничивается определенными рамками. При доработке рисунка допускаются симметричные и асимметричные формы [6].

Далее следует этап *«линии поля»*. Здесь через весь лист бумаги ребенку необходимо провести нейрографические линии так, чтобы они двигались в новом, непривычном направлении. Часто в процессе выполнения данной техники на этом этапе рисования приходит вдохновение, дающее переизбыток нейронных связей в отношении внутреннего конфликта, который беспокоил человека.

Заключительным этапом арт-терапевтической сессии в технике нейрографики является этап *«вербализации»*. Совместно с психологом в формате «обратной связи» ребенок проговаривает свои эмоции, возникающие в процессе работы, и обсуждает различные варианты решения имеющейся проблемы.

Важным критерием завершенности работы является гармонизация эмоционального состояния, понимание ребенком-инвалидом самого себя, своих ощущений и переживаний. Также подросток в ходе выполнения данной техники постепенно овладевает навыками свободного выражения своих чувств и мыслей и развивает чувственно-двигательную координацию.

Созданный на листе бумаги образ, включая все изображенные линии, представляет определенную ценность и отражает процесс трансформации отношения ребенка к ситуации «здесь и сейчас». В ходе прорабатывания проблемной задачи, к окончанию занятия происходит задействование большого количества нейронов и образования новых нейронных связей, значительно превышающее их численность по сравнению с исходным уровнем.



При правильной организации занятия данный творческий процесс сопровождается ростом вдохновения и различного рода «инсайтами» (психологическими открытиями) [6].

Специалистами Федерального центра научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в рамках реализации мероприятий по социально-психологической реабилитации и абилитации проводились циклы практических коррекционно-развивающих занятий с подростками с ДЦП с использованием техники «нейрографика». Дети-инвалиды проходили медицинскую реабилитацию в ортопедическом отделении для детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата и поражением ЦНС Клиники Федерального государственного бюджетного учреждения ФГБУ ФБМСЭ Минтруда России. Занятия проводились в групповой форме; курс для одной группы составлял от 3 до 5 занятий. Суммарно курс социально-психологической реабилитации с использованием метода нейрографики применялся для 110 детей-инвалидов в возрасте 12-17 лет.

Перед началом и по окончании курса практических коррекционно-развивающих занятий было проведено психологическое тестирование каждого участника группы с целью выявления уровня тревожности и агрессивности посредством психодиагностических методик «Шкала тревоги Спилбергера-Ханина», «Опросник враждебности Басса-Дарки» (в адаптации Г.В. Резапкиной).

По результатам психологического обследования после прохождения курса реабилитации у большинства подростков выявлена тенденция к нормализации эмоционального состояния, а также улучшению графомоторных навыков (по динамике повышения качества линий и контроля границ рисунка). При этом у 27 % – уровень тревожности и агрессивности значительно снизился; у 61 % подростков выявлено умеренное снижение уровня тревожности и агрессивности и у 12 % подростков выявлены незначительные улучшения эмоционального состояния.

Таким образом, применение нейрографики в рамках арт-терапии в комплексной реабилитации детей-инвалидов не только оказало положительное влияние на психоэмоциональное состояние подростков, что характеризуется снижением уровня агрессивности и тревожности, но и незначительно улучшило состояние мелкой моторики и координацию движений верхних конечностей, в целом, что обосновывает эффективность данного метода и целесообразность его использования в рамках социально-психологической реабилитации детей-инвалидов.

#### **Библиографический список**

1. Алексеева, С.И. Развитие мелкой моторики рук средствами арт-терапии у детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом / С.И. Алексеева, Д.А. Модонова. – Текст : электронный // Педиатрический вестник Южного Урала. – 2021. – N 2. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/razvitiye-melkoy-motoriki-ruk-sredstvami-art-terapii-u-detey-doshkolnogo-vozrasta-s-detskim-tserebralnym-paralichom> (дата обращения: 01.11.2022).
2. Артюхова, А.Е. Эмоциональные состояния в подростковом возрасте // А.Е. Артюхова, Т.Г. Бобченко. – Текст : электронный // Инновационная наука. – 2017. – N 5. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/emotsionalnye-sostoyaniya-v-podrostkovom-vozraste> (дата обращения: 10.11.2022).
3. Грабовская, Е.Ю. Эффективность применения арт-терапии в комплексной реабилитации детей младшего школьного возраста, больных детским церебральным параличом / Е.Ю. Грабовская, Н.Ю. Тарабрина. – Текст : электронный // Научный вестник Крыма. – 2018. – N 1(12). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-primeneniya-art-terapii-v-kompleksnoy-reabilitatsii-detey-mladshego-shkolnogo-vozrasta-bolnyh-detskim-tserebralnym-paralichom> (дата обращения: 01.11.2022).
4. Киселева, М.В. Арт-терапия в практической психологии и социальной работе / М.В. Киселева. – СПб. : Речь, 2007. – 336 с. – Текст : непосредственный.
5. Мартынова, Е.Д. Эмоционально-социальная адаптация детей с диагнозом ДЦП средствами изобразительного искусства / Е.Д. Мартынова, Е.А. Плакида. – Текст : электронный //

Педагогическое искусство. – 2020. – N 1. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/emotsionalno-sotsialnaya-adaptatsiya-detey-s-diagnozom-dtsp-sredstvami-izobrazitel'nogo-iskusstva> (дата обращения: 01.11.2022).

6. Мохова, Ю.А. Пластичность головного мозга и нейрографика / Ю.А. Мохова. – Текст : электронный // Russian Journal of Education and Psychology. – 2019. – N 4. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/plastichnost-golovnogo-mozga-i-neurografika> (дата обращения: 07.11.2022).

7. Семёнова, Е.В. Реабилитация детей с ДЦП: обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам / Е.В. Семёнова, Е.В. Ключкова, А.Е. Коршикова-Морозова, А.В. Трухачёва, Е.Ю. Заблоцкис. – Москва : Лепта Книга, 2018. – 584 с. – Текст : непосредственный.

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

9. **Федеральная государственная информационная система «Федеральный реестр инвалидов».** – URL: <https://sfri.ru/analitika/zanyatost> (дата обращения: 09.11.2022).

**Информация об авторах:** Е.В. Морозова – канд. психол.наук, [elvmorozova@yandex.ru](mailto:elvmorozova@yandex.ru), Е.В. Жукова, [egeni69@bk.ru](mailto:egeni69@bk.ru), А.Н. Барышова, [anna.yashina@mail.ru](mailto:anna.yashina@mail.ru), Е.В. Золотораева, [lenok1211@mail.ru](mailto:lenok1211@mail.ru), Д.А. Аноскина, [dasha.anoskina@mail.ru](mailto:dasha.anoskina@mail.ru)

**Information about the authors:** Elena V. Morozova – Candidate of Psychological Sciences, [elvmorozova@yandex.ru](mailto:elvmorozova@yandex.ru), Eugenia V. Zhukova, [egeni69@bk.ru](mailto:egeni69@bk.ru), Anna N. Baryshova, [anna.yashina@mail.ru](mailto:anna.yashina@mail.ru), Elena V. Zolotareva, [lenok1211@mail.ru](mailto:lenok1211@mail.ru), Daria A. Anoskina, [dasha.anoskina@mail.ru](mailto:dasha.anoskina@mail.ru)

## **Цветотерапия как метод коррекции эмоционально-волевой сферы детей с ДЦП**

**О.С. Андреева<sup>1</sup>, И.А. Клименченко<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Тюменский государственный университет», Тюмень, 625003, Россия

<sup>2</sup>Государственное бюджетное учреждение Ямало-Ненецкого автономного округа «Реабилитационный центр «Большой Тараскуль», Тюмень, 625058, Россия

**Аннотация.** В настоящее время некорректное развитие эмоционально-волевой сферы детей обостряется из-за увеличения количества случаев детского церебрального паралича и неправильного воспитания ребенка, имеющего этот двигательный дефект. В работе использовали ряд методик, направленных на выявление нарушений в эмоционально-волевой сфере. Результаты диагностики свидетельствуют о преобладании среди детей высокой тревожности, неадекватной самооценки и повышенного количества страхов. Занятия по цветотерапии позволили улучшить эмоциональное состояние детей, что выразилось в снижении тревожности, повышении самооценки и нормализации количества страхов.

**Ключевые слова:** цветотерапия, нарушения эмоциональной сферы, детский церебральный паралич.

## **Color therapy as a method of correcting the emotional-volitional sphere of children with cerebral palsy**

**O.S. Andreeva<sup>1</sup>, I.A. Klimenchenko<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>University of Tyumen, Tyumen, 625003, Russia

<sup>2</sup>State Budgetary Institution of Yamalo-Nenets Autonomous Okrug "RC" Big Taraskul", Tyumen, 625058, Russia

**Abstract.** Currently, the incorrect development of the emotional and volitional sphere of children is aggravated due to an increase in the number of cases of cerebral palsy and improper upbringing of a child with this motor defect. A number of techniques aimed at identifying violations in the emotional and volitional sphere were used in the work. The diagnostic results indicate the

prevalence of high anxiety, inadequate self-esteem and an increased number of fears among children. Color therapy classes helped to improve the emotional state of children, which was expressed in reducing anxiety, increasing self-esteem and normalizing the number of fears.

**Key words:** color therapy, emotional disorders, cerebral palsy.

В современном мире проблема эмоционального неблагополучия детей не только не теряет своей актуальности, но и приобретает особую остроту, поскольку имеет выраженную тенденцию роста случаев нарушений в эмоционально-волевой сфере. Более остро стоит вопрос о нарушениях эмоционально-волевой сферы детей, имеющих ограниченные возможности здоровья.

Детский церебральный паралич (далее – ДЦП) является одним из самых распространенных заболеваний центральной нервной системы у детей, на что указывают многие авторы [3, с. 54; 9, с. 283].

Успешному развитию эмоционально-волевой сферы способствует общение ребенка со взрослыми, а также своими сверстниками. Однако, при ДЦП эта сфера социализации человека является очень ограниченной, что связано с трудностями передвижения, речевыми и другими нарушениями. В подавляющем большинстве наличие нарушений в эмоциональной сфере ребенка с ДЦП обусловлено неправильным воспитанием. Семьи детей-инвалидов имеют особый внутрисемейный психологический микроклимат, отражающий адаптацию семьи, с одной стороны, к хронически больному ребенку, а с другой – к окружающему «здоровому» миру. К сожалению, далеко не всегда психологическая обстановка в семье способствует нормальному воспитанию ребенка. Преобладающим типом воспитания в таких семьях является гиперопека, или гиперпротекция, с чрезмерным вниманием к больному ребенку, стремлением выполнить все его желания, подменить его деятельность собственной, оградить ребенка от насмешек сверстников, предупредить чувство зависти, обиды. Подобное воспитание предрасполагает к формированию черт эмоциональной незрелости, робости, тревожности [10, с. 15].

Среди широкого комплекса методов восстановительной медицины представляет интерес метод цветотерапии, который благодаря целому ряду преимуществ и отсутствием большого числа противопоказаний, может применяться практически для всех детей, имеющих ограниченные возможности здоровья.

Цветотерапия (хромотерапия), согласно И.Ю. Иванушкиной и Л.В. Новиковой [5, с. 879], является самым древним естественным методом лечения из числа не медикаментозных способов терапии. Он производится при помощи узкополосных (монокроматических) излучений оптического диапазона волн.

Как указывают ряд авторов, в числе которых А.Ю. Журавлева [4, с. 8] и О.В. Точилина [11, с. 6], а также Б.Ф. Лаврентьев и В.В. Роженцов [8, с. 38], преимущества цветотерапии заключаются в том, что, обладая неинвазивностью, отсутствием побочных эффектов, бюджетностью оборудования, малым количеством противопоказаний и доступностью, цветотерапия способна благоприятно воздействовать не только на эмоциональное состояние, но и на организм человека в целом, способна мягко влиять на отдельные органы и системы.

Однако, по нашему мнению, метод цветотерапии используется в психологической практике недостаточно широко и нуждается в популяризации.

Таким образом, актуальность данной темы обусловлена существующей ситуацией недостаточно широкого применения метода цветотерапии психологами, а также острой проблематикой негативного воздействия нарушений эмоционально-волевой сферы детей с ДЦП на их дальнейшее развитие.

*Цель исследования:* оценка возможностей цветотерапии в коррекции эмоционально-волевой сферы у детей с ДЦП.

В исследовании принимали участие 56 детей в возрасте от 3 до 18 лет, из них 33 (58,92 %) мальчика и 23 (41,08 %) девочки, которые с сентября 2021 г. по сентябрь 2022 г. проходили

реабилитацию на базе государственного бюджетного учреждения Ямало-Ненецкого округа «Реабилитационный Центр «Большой Тараскуль».

Включение детей в выборку исследования проводили по анамнезу, где фигурировали две формы ДЦП – спастическая диплегия и гиперкинетическая форма. Эти диагнозы позволяют детям сохранять достаточно высокие интеллектуальные способности.

Отклонения развития психики при детском церебральном параличе включают нарушения развития познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности [2, с. 156]. Нарушения могут носить неврозоподобный характер, психопатоподобный характер как следствие органического поражения центральной нервной системы [6, с. 38].

Для одних детей с церебральным параличом характерны расстройства эмоционально-волевой сферы, которые проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, для других – в виде заторможенности, застенчивости, робости. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Так, начав плакать или смеяться, ребенок не может остановиться. Повышенная эмоциональная возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, раздражительностью, капризностью, реакцией протеста, которые усиливаются в новой для ребенка обстановке и при утомлении. Иногда отмечается радостное, приподнятое, благодушное настроение со снижением критики к своему состоянию. Нарушения поведения встречаются достаточно часто и могут проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к окружающим. У некоторых детей можно наблюдать состояние полного безразличия, равнодушия, безучастного отношения к окружающим [1, с. 13].

Даже при нормальном интеллектуальном развитии у ребенка может наблюдаться неуверенность в себе, робость, застенчивость, неумение постоять за свои интересы. Это сочетается с повышенной чувствительностью обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью [12, с. 185].

У детей с ДЦП отмечаются такие нарушения эмоциональной сферы как страхи, связанные с передвижением и общением. Достаточное интеллектуальное развитие у этих больных часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, с повышенной внушаемостью [1, с. 13].

Главным индикатором в нарушении эмоционально-волевой сферы детей с ДЦП является повышенный уровень тревожности. Это обусловлено такими патогенными факторами как церебрально-органическая недостаточность, частая госпитализация, переживания по поводу физической недостаточности. Тревоги, повышенная раздражительность, негативизм, капризность – эти черты наблюдаются у большинства детей с ДЦП с раннего возраста. На их фоне формируются такие личностные качества, как эгоцентризм, противоречивость, импрессивность, наивность [7, с. 63].

Диагностику состояния эмоционально-волевой сферы относительно тревожности проводили по методике Л.Н. Собчик «Метод цветových выборов» (МЦВ), представляющего собой модификацию восьмицветового теста М. Люшера.

Интенсивность тревоги в данной методике измеряется в баллах: 2-3 балла – незначительная тревожность (личностная или ситуативная); 4-7 баллов – эмоциональная напряженность; 8-10 баллов – состояние дезадаптации; 11-12 баллов – состояние общего (психологического и физиологического) стресса.

Результаты методики свидетельствуют о преобладании эмоциональной напряженности среди обследованных с ДЦП, которая выявилась у 48,23 % (27 человек) детей. Незначительная тревожность регистрируется у 7,14 % (4 человека), состояние дезадаптации – у 17,85 %, состояние общего (психологического и физиологического) стресса – у 26,78 % (15 человек), что представлено в таблице 1.

Самооценку детей измеряли по методике В.Г. Щур «Лесенка». Согласно этой методике дети могут демонстрировать неадекватно завышенную, завышенную, адекватную и заниженную самооценку.

Таблица 1 – Результаты диагностики интенсивности тревоги

Уровень интенсивности тревоги	До цветотерапии, %	После цветотерапии, %
Незначительная тревожность	7,14	82,15
Эмоциональная напряженность	48,23	12,5
Состояние дезадаптации	17,85	5,35
Состояние общего стресса	26,78	-

Как представлено в таблице 2, наиболее часто дети с ДЦП обладают заниженной самооценкой – 76,78 % (43 человека), завышенная самооценка встречается гораздо реже – у 7,14 % (4 человека). Адекватно способны себя оценить лишь 16,07 % (9 человек) детей с ДЦП. Неадекватно завышенная самооценка в данной выборке детей не регистрируется.

Таблица 2 – Результаты диагностики самооценки детей

Уровень самооценки	До цветотерапии, %	После цветотерапии, %
Неадекватно завышенная самооценка	-	-
Завышенная самооценка	7,14	3,58
Адекватная самооценка	16,07	80,35
Заниженная самооценка	76,78	16,07

Нарушение развития эмоционально-волевой сферы, проявляющегося в виде повышенного количества страхов, выявляли с помощью методики А.И. Захарова и М. Панфиловой «Страхи в домиках». У детей старшего дошкольного возраста нормальным считается 8-11 видов страхов у мальчиков и 9-12 видов страхов у девочек. В младшем школьном возрасте эти цифры несколько уменьшаются: у мальчиков – 6-7, у девочек – 9-10.

Результаты диагностики представлены в таблице 3, из которой следует, что независимо от гендерной принадлежности детей подавляющее большинство обладает повышенным количеством страхов: у мальчиков – 81,82 % (27 человек), у девочек – 91,31 % (21 человек). Численность страхов в норме регистрируется лишь у 18,18 % (6 человек) мальчиков и 8,69 % (2 человека) девочек.

Таблица 3 – Результаты диагностики количества страхов

Численность страхов	До цветотерапии, %	После цветотерапии, %
<b>Мальчики</b>		
Количество страхов в норме	18,18	98,22
Повышенное количество страхов	81,82	1,78
<b>Девочки</b>		
Количество страхов в норме	8,69	96,43
Повышенное количество страхов	91,31	3,57

Уточнение преобладающих видов страхов у детей показало наибольшую встречаемость пространственных страхов, особенно высоты, и медицинских страхов. Это можно объяснить малой мобильностью ребенка из-за дефекта движения и достаточно частым обращением в медицинские организации с целью недопущения каких-либо осложнений ДЦП.

Цикл из 12 занятий по цветотерапии, направленных на оптимизацию эмоционально-волевой сферы детей с ДЦП, позволил улучшить эмоциональное состояние находящихся на реабилитации детей, что отражено в таблицах 1-3. Данные изменения выражались в устранении стрессового или дезадаптационного состояния, повышении самооценки, нормализации количества страхов.

### Библиографический список

1. Васина, В.В. Организация специальной психологической помощи детям с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата : методическое пособие / В.В. Васина. – Казань : Издательство Казанского университета, 2021. – 118 с. – Текст : непосредственный.
2. Гнедова, С.Б. Специальная психология : учебное пособие / С.Б. Гнедова. – Ульяновск : УлГУ, 2009. – 306 с. – Текст : непосредственный.
3. Гросс, Н.А. Функциональные и двигательные возможности детей с диагнозом ДЦП / Н.А. Гросс, Т.Л. Шарова, А.В. Молоканов. – Текст : непосредственный // Теория и практика физической культуры. – 2022. – N 2. – С. 54-55.
4. Журавлева, А.Ю. Влияние цветовой терапии на купирование болевого синдрома у пациентов с головными болями на фоне остеохондроза : дисс...канд.псих.наук : 14.03.11 / Журавлева Анастасия Юрьевна. – М. : Рос. науч. центр мед. реабилитации и курортологии, 2017. – 112 с. – Текст : непосредственный.
5. Иванушкина, И.Ю. Влияние цвета и света на человека / И.Ю. Иванушкина, Л.Ю. Новикова. – Текст : непосредственный // Биомедицинская инженерия и электроника. – 2012. – N 2. – С. 879-881.
6. Калижнюк, Э.С. Психические нарушения при детских церебральных параличах / Э.С. Калижнюк. – Киев, 2010. – 305 с. – Текст : непосредственный.
7. Карелина, И.О. Терминологическое поле исследований социальной перцепции в психологии / И.О. Карелина // Вопросы психологии. – 2016. – N 5-6. – С. 62-63.
8. Лаврентьев, Б.Ф. Прибор цветотерапии / Б.Ф. Лаврентьев, В.В. Роженов // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – N 6-1. – С. 38-41.
9. Павлова, О.С. Исследование специфики отношения к дефекту у подростков с ДЦП / О.С. Павлова. – Текст : непосредственный // Проблемы современного педагогического образования. – 2022. – N 2. – С. 282-285.
10. Саморокова, Л.А. Особенности эмоциональной сферы у детей с ДЦП младшего школьного возраста / Л.А. Саморокова. – Текст : электронный // Международный студенческий научный вестник. – 2015. – N 6. URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=13557> (дата обращения: 05.11.2022).
11. Точилина, О.В. Визуальная импульсная цветотерапия и иглорефлексотерапия в комплексном лечении больных с гипоталамическим синдромом пубертатного периода : дисс...канд. мед. наук : 14.03.11 / Точилина Ольга Владимировна. – Астрахань : ГМА им. С.И. Георгиевского, 2018. – 156 с. – Текст : непосредственный.
12. Шипицина, Л.М. Детский церебральный паралич / Л.М. Шипицина, И.И. Мамайчук. – СПб. : Дидактика Плюс, 2001. – 272 с. – Текст : непосредственный.

**Информация об авторах:** О.С. Андреева – канд. психол.наук, доцент, [o\\_andreeva@mail.ru](mailto:o_andreeva@mail.ru),  
И.А. Клименченко, [Venecialove@mail.ru](mailto:Venecialove@mail.ru)

**Information about the authors:** O.S. Andreeva – Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor, [o\\_andreeva@mail.ru](mailto:o_andreeva@mail.ru),  
I.A. Klimenchenko, [Venecialove@mail.ru](mailto:Venecialove@mail.ru)

### Применение цветотерапии в социально-психологической реабилитации подростков с инвалидностью в условиях сенсорной комнаты

**Е.В. Морозова, Е.В. Жукова, А.Н. Барышова, Н.В. Львова**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации,  
г. Москва, 127486, Россия

**Аннотация.** В статье рассматривается возможность применения метода цветотерапии в социально-психологической реабилитации подростков с инвалидностью посредством проведения практических занятий (тренингов) в условиях сенсорной комнаты. Показана

эффективность данного метода в коррекции эмоционального состояния подростков с инвалидностью с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Представлены данные собственного исследования специалистов Федерального центра научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов ФГБУ ФБ МСЭ, подтверждающие положительное влияние на эмоциональную сферу подростков с инвалидностью посредством включения элементов цветотерапии в занятия (снижение напряженности, тревожности, ослабление физического дискомфорта, повышение активности, уверенности, улучшение настроения и общего самочувствия).

**Ключевые слова:** подросток с инвалидностью, эмоциональная сфера, психологическая коррекция, цветотерапия, сенсорная комната, социально-психологическая реабилитация.

### **The use of color therapy in the socio-psychological rehabilitation of adolescents with disabilities in the sensory room**

**Elena V. Morozova, Eugenia V. Zhukova, Anna N. Baryshova, Natalya V. Lvova**

The Federal State Budgetary Institution "Federal Bureau of Medical and Social Expertise",  
Ministry of Labor and Social Protection of Russian Federation, Moscow, 127486, Russia

**Abstract.** The article considers the possibility of using the method of color therapy in the socio-psychological rehabilitation of adolescents with disabilities through practical classes (trainings) in a sensory room. The effectiveness of this method in correcting the emotional state of disabled adolescents with disorders of the musculoskeletal system is shown. The data of the own research of specialists of the Federal Center for Scientific, Methodological and Methodological Support for the development of the system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people and disabled children of the ITU FSBI are presented, confirming the positive impact on the emotional sphere of adolescents with disabilities of the inclusion of elements of color therapy in classes (reducing tension, anxiety, easing physical discomfort, increasing activity, confidence, improving mood and general well-being).

**Key words:** a teenager with a disability, emotional sphere, psychological correction, color therapy, sensory room, socio-psychological rehabilitation.

Актуальность поиска эффективных методов коррекции эмоциональной сферы у подростков с инвалидностью обусловлена, с одной стороны, сложностью самого возрастного периода, когда эмоциональное состояние подростка характеризуется крайней неустойчивостью и изменчивостью, а с другой стороны – влиянием инвалидизирующего заболевания на психологическое состояние, когда эмоции начинают определять жизнь и поведение подростка.

В подростковом возрасте на этапе 12-17 лет, происходит интенсивная физиологическая и гормональная перестройка детского организма и социально-психологическое становление личности посредством проживания подростком серьезных личностных и социальных противоречий. В этот период, подрастающий человек «ребёнком себя уже не ощущает, но и взрослым стать пока не может» [20, с.12]. Сензитивность данного периода развития личности обусловлена, формированием важных эмоционально-личностных образований.

В данный период, в силу интенсивности получаемого подростком нового жизненного опыта и решения новых социальных задач, личность приобретает «зрелость», т.е. зреют, формируются и развиваются ее важнейшие структуры: ценностно-смысловая и мотивационная сферы, самосознание (самооценка, идентичность), волевая регуляция, эмоциональная устойчивость, эмпатия, интернальность и др. Данный возрастной этап, пожалуй можно отнести к наиболее личностно уязвимому возрасту, когда в структуре личности образуются вышеперечисленные крайне важные для дальнейшего социального функционирования

личности конструкторы, включая ответственность, которая является основной характеристикой взросления человека.

Ведущей деятельностью подросткового возраста, предполагающей интимно-личностное общение со сверстниками, а также учебно-профессиональную деятельность, задается вектор развития на познание системы межличностных отношений, профессионального определения, формирование конструктивных навыков общения и управления своим эмоциональным состоянием. Умение понимать и контролировать свое эмоциональное состояние также важнейший навык, приобретаемый в этом возрасте. Как было сказано ранее, эмоциональная сфера в этот период характеризуется нестабильностью: легкостью возникновения аффективных реакций, переживаний, эмоциональной напряженностью, постоянной сменой настроения, повышенной тревожностью, агрессивностью [1;7;9;19]. Данные психологические проявления могут существенно влиять на характер и тип взаимоотношений подростка с окружающими формируя прочную основу для социальной дезадаптации в целом.

Инвалидизирующее заболевание еще больше усугубляет подростковый кризис, так как сама болезнь для каждого человека является определенным испытанием. Для эмоционально хрупкой психики подростка это обуславливает специфичность социальной ситуации болезни на фоне подросткового кризиса, которая в душе ребенка может провоцировать различные эмоциональные реакции и глубокие переживания [6;8;14]. Специфика инвалидизирующих заболеваний у подростков с нарушением опорно-двигательного аппарата (далее – ОДА) заключается в частом присутствии внешне видимых физических дефектов, заметных ограничений в передвижении и активности, необходимости использования вспомогательных средств опоры и мобильности, а также нуждаемости в посторонней помощи. Данные последствия инвалидизирующей болезни не могут не сказаться на формировании личности растущего человека (особенно на самооценке) вследствие чего в характере человека формируются различные ограничительные представления о своих возможностях (не всегда объективно совпадающие с реальным уровнем физических ограничений), а также различные эмоционально-личностные особенности. Среди таких особенностей у подростков данной группы можно выделить неуверенность в себе, отсутствие самостоятельности, повышенную внушаемость, личностную незрелость, наличие иждивенческих установок, трудности социальной адаптации, поиск социальной поддержки и др. В числе эмоциональных и личностных качеств часто имеют место робость, застенчивость, отсутствие умения постоять за себя и свои интересы, эмоциональная неустойчивость, повышенная чувствительность, тревожность, обидчивость, впечатлительность, замкнутость [4;16]. Данные качества, по мнению А.С. Похилько (2010), свидетельствуют о существенных социально-психологических трудностях, в целом приводящих подростка к социальной дезадаптации [16].

В связи с вышеизложенным, вопрос своевременного выявления эмоционально-личностных нарушений, их коррекции у подростков с нарушением ОДА является крайне важным. Еще большую значимость этот вопрос приобретает ввиду того, что эмоционально личностная сфера, и конкретно эмоциональная устойчивость, вносят существенный вклад в формирование высокого уровня жизнестойкости таких подростков, отражающей их способность справляться с трудными жизненными ситуациями, т.е. их социальную адаптацию [17]. Немаловажен и поиск новых, эффективных путей коррекции подобных нарушений в целях предупреждения личностных деформаций, трудностей в межличностном взаимодействии, повышения адаптационных возможностей в социуме.

С этой целью специалистами Федерального центра научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России было проведено исследование эмоционально-личностной сферы подростков с инвалидностью, имеющих нарушения статодинамических функций, находящихся на стационарном лечении в ортопедическом отделении для детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата и поражением ЦНС в экспертно-реабилитационном отделении с неврологическим койками Клиники ФГБУ



ФБ МСЭ Минтруда России. Подростки получали медикаментозную терапию, высокотехнологичную помощь, а также услуги по социально-психологической реабилитации, мероприятия которой включали занятия в условиях сенсорной комнаты.

На первом этапе исследования нами была проведена 40 подростков в возрасте 12-17 лет (т.н. первичная диагностика). Среди обследованных были 21 девушка (55 %) и 19 юношей (45 %).

В данной статье обсуждаются результаты следующих диагностических методик: метод цветowych выборов (МЦВ) (тест Люшера), тест «Самочувствие-активность-настроение» (далее – САН) (авт. Доскин В.А. и др.), опросник «Самооценка эмоциональных состояний» (авт. А. Уэсманн, Д. Рикс).

По результатам первичной диагностики по *тесту Люшера* было выявлено, что у подростков на первый план (57 %) выходят признаки психоэмоциональных нарушений в виде напряженности, тревожности (смещение красного, зеленого, желтого цветов к концу ряда) на фоне общей пассивности (перемещение серого цвета к началу ряда). Явная эмоциональная неустойчивость и сниженное настроение были выявлены примерно у 20 % подростков (смещение фиолетового цвета на передние позиции, предпочтение черного цвета в начале ряда). У 18 % отмечены признаки физического дискомфорта (смещение коричневого цвета к началу ряда).

Данные *теста САН* показали, что 87 % подростков с инвалидностью оценивают свое самочувствие как хорошее, отмечая при этом у себя высокую работоспособность, присутствие достаточного количества сил и бодрости. Около 13 % оценили свое самочувствие как «не вполне хорошее» (плохое), указав у себя ощущение слабости, усталости, вялости, напряженности, отсутствие сил и разбитость. Такое состояние чаще было связано с болевыми ощущениями и нарушением сна. По оценке собственной активности 76 % обследуемых оценили себя достаточно активными (подвижными, быстрыми, деятельными, увлеченными, внимательными) и лишь 24 % оценили свою активность как низкую, отметив у себя сонливость, рассеянность, медлительность и наличие желания отдохнуть. Почти 82 % подростков оценивают свое настроение как хорошее (присутствие радости, счастья, надежды, оптимизма) и 18 % – как сниженное (присутствие грусти, печали, ощущения раздражения и разочарования).

Результаты *опросника «Самооценка эмоциональных состояний»* показали, что большинство подростков с инвалидностью (63 %) оценивают свое эмоциональное состояние как среднее, 20 % – как высокое (хорошее) и 17 % – как низкое (плохое). По всем шкалам опросника также преобладают средние показатели. Так, по шкале «спокойствие – тревожность»: средние показатели выявлены у 66 % подростков, по шкале «энергичность – усталость» – у 74 %, по шкале «приподнятость – подавленность» – у 64 % и по шкале «уверенность в себе – беспомощность» – у 53 %.

По первой шкале «спокойствие – тревожность» высокие показатели (полюс «спокойствие») были выявлены у 27 % обследуемых, низкие (полюс «тревожность») – у 7 %. Среди «спокойных» качеств по этой шкале наиболее часто подростками отмечаются такие, как выдержанность и терпеливость, а среди признаков «тревожности» выделяют у себя нерешительность, неуверенность, напряженность, закомплексованность.

По второй шкале «энергичность – усталость» высокие показатели (полюс «энергичность») были выявлены у 11 % обследуемых, низкие (полюс «усталости») – у 15 %. Среди «энергичных» качеств по этой шкале наиболее часто подростками отмечаются такие как устремленность, активность, а среди признаков «усталости» – пассивность, вялость, медлительность.

По третьей шкале «приподнятость – подавленность» высокие показатели (полюс «приподнятость») были выявлены у 15 % обследуемых, низкие (полюс «подавленность») – у 21 %. Среди показателей «приподнятости» по этой шкале наиболее часто подростками

отмечаются такие как живость, подвижность, а среди признаков «подавленности» – робость, нерешительность, стеснительность.

По четвертой шкале «уверенность в себе – беспомощность» высокие показатели (полюс «уверенности») были выявлены у 30 % обследуемых, низкие (полюс «беспомощность») – у 17 %. Среди показателей «уверенности» наиболее часто подростки отмечают такие качества как решительность, упорство, а среди признаков «беспомощности» – отсутствие смелости и слабость.

По результатам первичной диагностики подростки рандомно были разделены поровну на две группы (I группа и II группа) по 20 человек в каждой. Данное разделение предполагало проведение второго этапа исследования, а именно оценку эффективности метода цветотерапии в коррекции эмоционально-личностных нарушений подростков с инвалидностью. С участниками обеих групп проводились занятия в сенсорной комнате. Для подростков I группы с целью коррекции эмоционально-личностного состояния на занятиях дополнительно была организована деятельность с использованием цветотерапии (хромотерапии), предложенная К.В. Новиковой [15]. Для подростков II группы использование данного метода на занятиях не проводилось.

Акцент на цветотерапии был сделан не случайно. Во-первых, в научной литературе представлены результаты исследований, доказывающих эффективность цветотерапии в сенсорной комнате в реабилитации лиц с различными заболеваниями [5;12;15], что послужило основанием применения данного метода в реабилитации подростков с инвалидностью. Также имеется существенная доказательная научная база положительного влияния цвета на эмоциональное состояние человека [2;3;10;11;13].

Во-вторых, в функционале оборудования сенсорной комнаты заложен принцип интерактивного взаимодействия реабилитанта с цветом и выбора цветового разрешения подсветки. Среди такого оборудования отметим сухой бассейн с цветовой подсветкой, воздушно-пузырьковые трубки (аквалампы), меняющие цвет, цветные фиброоптические волокна, зеркальный шар, различные проекторы цветовых спецэффектов с набором тематических дисков, настенные цветные панели, тематические ковры и панно и т.п.

Влияние цвета на организм, в целом, по данным О.В. Точилиной (2015), обуславливается феноменом биорезонанса электромагнитных излучений оптического диапазона с биоэлектрической активностью клеток организма, специфическим действием различных цветовых оттенков, воспринимаемых зрительным анализатором, на возбудимость коры головного мозга и подкорковых образований, активизацией вегетативных центров ствола мозга, а также генетически детерминированными рефлекторными реакциями на цвет [18]. Н.М. Насыбуллина (2013) отмечает, что в основе цветотерапии лежит ассоциативное восприятие цвета человеком как генетически обусловленное (по типу безусловных рефлексов), так и приобретенное в процессе жизнедеятельности в виде условных рефлексов и психоэмоциональных ассоциаций [13].

При планировании занятий нами были предусмотрены и учтены важные нюансы при работе с цветом, такие как, например, различное влияние и самого цвета и его оттенков на психофизиологическое состояние. Так, одни цвета могут оказывать стимулирующее действие, другие – релаксационное, третьи – действовать нейтрально. К стимулирующим относят теплые цвета – *красный, оранжевый, желтый*. Эти цвета и их оттенки применяют при астении, апатии, депрессии. Красный и оранжевый цвета смещают вегетативный баланс в организме в сторону симпатикотонии, желтый цвет и его оттенки уравнивает процессы возбуждения и торможения, нормализует межполушарные взаимоотношения, оказывает вегетостабилизирующее действие.

*Красный* цвет возбуждает. Долгое наблюдение за этим цветом меняет дыхание и пульс [3]. При кратковременном воздействии красного цвета повышается работоспособность, длительное использование насыщенного красного цвета приводит к утомлению и снижению работоспособности. *Оранжевый цвет* вызывает радость, положительные эмоции, активизирует

деятельность и стремление к движению. При условии непостоянного воздействия благоприятно влияет на работоспособность. *Желтый цвет* – цвет оптимизма, соотносится с динамической энергией, ассоциируется с солнечным светом, способствует созданию хорошего настроения, выражает освобождение, психологическую способность к раскрытию. Нежные оттенки желтого цвета быстрее других цветов гасят негативные эмоции.

К седативным (снотворным, миорелаксирующим, анксиолитическим) относятся холодные цвета – *зеленый, голубой, синий, фиолетовый*. Эти цвета и их оттенки и используют при невротоподобных расстройствах, хронических заболеваниях с соматогенными нарушениями психики, головной боли, метеочувствительности, истерии. Зеленый и синий стимулируют парасимпатический отдел вегетативной нервной системы, снижают уровень тревожности.

*Зеленый цвет*, по мнению психологов, является самым благоприятным цветом, на многих людей он оказывает успокаивающее и целительное воздействие. Этот цвет располагает к легкому, непринужденному общению, способствует отдыху, положительно влияет на кровяное давление, вызывает ощущение гармонии и способствует релаксации. *Синий цвет* – спокойный, пассивный. Под его воздействием снижается работоспособность, возникает состояние созерцательности и размышления. Однако, затененный, тусклый синий цвет порождает чувство страха, ощущение потерянности. *Фиолетовый цвет*, особенно глубокий и сочный – цвет творчества, его предпочитают художники и любители живописи. Является одним из наиболее пассивных, так как его воздействие приводит к ослаблению и замедлению жизненных процессов. Даже недлительное воздействие фиолетового цвета отрицательно влияет на работоспособность.

К достаточно нейтральным цветам (не имеющим четкого полюса) можно отнести *белый цвет*. Излучая энергию, он придает человеку силы. *Серый цвет* имеет множество оттенков. Чисто серый цвет расслабляет, придает уверенность, производит впечатление стабильности, здравого смысла. Унылые оттенки серого цвета способны вызывать грустные эмоции, а темно-серые – подавлять. *Черный цвет* в больших количествах угнетает, резко снижает настроение и работоспособность. Вместе с тем, он может быть динамичным, способствовать пониманию и придавать строгость.

Занятия с использованием элементов цветотерапии в сенсорной комнате с I группой предполагали подробное знакомство подростков с различными цветами и их влиянием на организм человека. Также проводились упражнения, направленные на самоисследование влияния цвета на собственное эмоциональное состояние методом наблюдения. Включались задания с интерактивным использованием цветового оборудования сенсорной комнаты с целью выбора предпочитаемого, желаемого цвета для улучшения своего эмоционального состояния. Для создания психологически благоприятной атмосферы в сенсорной комнате во время занятий также выбиралось определенное цветовое разрешение. Количество таких занятий в сенсорной комнате составляло 7-10 с длительностью одного занятия – 40 минут. В конце каждого упражнения и каждого занятия подростки делились своими впечатлениями, ощущениями, связанными с эмоциональным состоянием, а по окончании курса проходили повторное тестирование. Во II группе проводились те же самые занятия (тренинги), направленные на эмоционально-личностную коррекцию, но без включения упражнений и техник цветотерапии.

Повторное тестирование прошли не все участники первичной диагностики, 4 подростка были выписаны досрочно (по причине болезни или сокращения сроков реабилитации по семейным обстоятельствам). Таким образом, контрольная диагностика была проведена 36 подросткам: в I группе – 19, а во второй – 17 человек.

Результаты контрольной диагностики после занятий в сенсорной комнате показали положительную динамику показателей эмоционально-личностной сферы в обеих группах.

Так, по *тесту Люшера* у 25 % было выявлено общее снижение показателей напряженности, тревожности (перемещение красного, зеленого, желтого цветов к началу

ряда) и повышение активности (перемещение серого цвета к концу ряда). При этом большая динамика проявилась у подростков I группы, чем во II группе (16 % и 9 %, соответственно).

Признаки эмоциональной неустойчивости и плохого настроения у подростков снизились на 8 % (смещение черного цвета в конец ряда), а признаки физического дискомфорта – на 7 % (смещение коричневого цвета в конец ряда). Смещение цветовых предпочтений в сторону улучшения состояния чаще отмечалось у подростков I группы, чем II группы.

Данные *теста САН* показали наличие у 91 % подростков с инвалидностью высокой (хорошей) оценки своего самочувствия. После занятий в сенсорной комнате большинство подростков отметили у себя прилив сил и бодрости, желание работать. Такое состояние чаще выявлялось у подростков I группы (54 %). Подростки с плохим самочувствием (9 %) присутствовали в обеих группах и часто отмечали у себя усталость, разбитость, боль, «желание поспать». Показатели активности подростков после занятий в сенсорной комнате также увеличились до 84 %. Более проявление признаков активности было выявлено у подростков I группы (48 %). У 16 % всех подростков активность оказалось низкой, что было связано с малой подвижностью, сонливостью, рассеянностью, желанием отдохнуть. У 94 % подростков обеих групп было выявлено преобладание хорошего настроения: у 56 % подростков I группы и у 38 % подростков II группы. Сниженное настроение, имевшееся у 6 % подростков, было связано с недовольством текущей ситуацией (присутствие в больнице, предстоящая операция, озабоченность состоянием здоровья).

По результатам *опросника «Самооценка эмоциональных состояний»* после посещения сенсорной комнаты у подростков отмечена более высокая оценка своего эмоционального состояния, по сравнению с результатами первичной диагностики. Так, 26 % обследуемых оценили свое эмоциональное состояние как хорошее, 65 % – как среднее и 9 % – как низкое. Улучшение показателей по шкалам чаще было выявлено у подростков I группы, чем у подростков II группы, что подтверждалось более высокими показателями основных полюсов: «спокойствие» (57 % и 43 % соответственно), «энергичность» (53 % и 47 %), «приподнятость» (59 % и 41 %) и «уверенность» (51 % и 49 %).

Таким образом, результаты проведенного исследования демонстрируют положительную динамику показателей эмоционально-личностной сферы у большинства подростков с инвалидностью, прошедших курс социально-психологической реабилитации посредством занятий в сенсорной комнате. У всех исследуемых подростков было выявлено снижение напряженности, тревожности, ослабление физического дискомфорта, повышение активности, уверенности, улучшение настроения и общего самочувствия. Более значимые изменения в эмоциональной сфере наблюдались у подростков, в занятия с которыми были включены элементы цветотерапии, что подтверждено результатами контрольной психологической диагностики. Полученные данные свидетельствуют об эффективности и целесообразности применения метода цветотерапии в условиях занятий в сенсорной комнате в целях коррекции дезадаптивных проявлений эмоционально-личностной сферы у подростков с инвалидностью и позволяют рекомендовать его использование для проведения мероприятий социально-психологической реабилитации.

#### **Библиографический список**

1. Артюхова, А.Е. Эмоциональные состояния в подростковом возрасте / А.Е. Артюхова, Т.Г. Бобченко. – Текст : непосредственный // Международный научный журнал «Инновационная наука». – 2017. – N 5. – С. 228-229.
2. Бреслав, Г.Э. Цветопсихология и цветолечение / Г.Э. Бреслав. – СПб. : Б.&К., 2000. – 212 с. – Текст : непосредственный.
3. Буренкова, О.А. Влияние цвета на психофизиологическое состояние личности / О.А. Буренкова. – Текст : непосредственный // Успехи современного естествознания. – 2013. – N 10. – С. 153-154.

4. Георгиенко, М.А. Особенности развития личности детей с нарушением опорно-двигательного аппарата / М.А. Георгиенко. – URL: <https://multiurok.ru/files/osobennosti-razvitiia-lichnosti-detei-s-narushenie.html> (дата обращения: 07.11.2022). – Текст : электронный.
5. Давиташвили, Н.А. Применение сенсорной комнаты в работе по восстановлению пациентов с выраженным напряжением эмоциональных и физиологических систем / Н.А. Давиташвили. – URL: <https://volynka.ru/articles/text/2773> (дата обращения: 09.11.2022). – Текст : электронный.
6. Ерохова, Е.С. Эмоциональная сфера подростков с хроническими заболеваниями / Е.С. Ерохова, Н.Г. Новак. – Текст : непосредственный // Материалы международного научного форума «Образование. Наука. Культура» : сборник научных статей / Под общ. ред. проф. Б.В. Илькевича. – Гжель : ГГУ, 2017. – С. 326-330.
7. Ильин, Е.П. Эмоции и чувства / Е.П. Ильин. – СПб. : Питер, 2001. – 752 с. – Текст : непосредственный.
8. Исаев, Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д.Н. Исаев. – СПб. : Речь, 2005. – 400 с. – Текст : непосредственный.
9. Казанская, В.Г. Подросток : трудности взросления : книга для психологов, педагогов, родителей / В.Г. Казанская. – СПб., 2008. – 283 с. – Текст : непосредственный.
10. Лугова, А.М. Антистрессовая цветокоррекция в психотерапии и психологии / А.М. Лугова. – Текст : непосредственный // Психотерапия. – 2007. – N 12. – С. 11-14.
11. Магомадова, Н.Р. Хромотерапия : лечение цветом и светом / Н.Р. Магомадова, И.В. Соловьева. – Текст : непосредственный // Тезисы конференции : «Bulletin of Medical Internet Conferences». – 2014. – Vol. 4. – Iss. 11. – С. 1302.
12. Направления использования сенсорной комнаты. – URL: <https://sensint.ru:8443/articles/napravleniya-ispolzovaniya-sensornoj-komnaty> (дата обращения: 09.11.2022). – Текст : электронный.
13. Насыбуллина, Н.М. Да будет цвет! / Н.М. Насыбуллина. – Текст : непосредственный // Медицинская сестра. – 2013. – N 2. – С. 54-55.
14. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование / В.В. Николаева. – Москва : Изд-во МГУ, 1987. – 166 с.
15. Новикова, К.В. Психологическая коррекция нервно-психического состояния людей, перенесших инсульт в условиях сенсорной комнаты / К.В. Новикова // Психолог. – 2021. – N 2. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskaya-korreksiya-nervno-psihicheskogo-sostoyaniya-lyudey-perenessih-insult-v-usloviyah-sensornoj-komnaty/viewer> (дата обращения 09.11.2022).
16. Похилько, А.С. Психологические характеристики подростков с патологиями позвоночника: автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Похилько Алексей Сергеевич. – СПб., 2010. – 23 с. – Текст : непосредственный.
17. Токарская, Л.В. Исследование жизнестойкости подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Л.В. Токарская, Т.Р. Тенкачева, Н.А. Томилова. – Текст : непосредственный // Педагогическое образование в России. – 2019. – N 4. – С.163-172.
18. Точилина, О.В. Современные аспекты визуальной цветотерапии / О.В. Точилина, И.Н. Андреева, Т.Н. Доронина. – Текст : непосредственный // Вестник ВолгГМУ. – 2015. – Вып. 4(56). – С.13-15.
19. Федорова, Н.В. Депривация в семье как фактор делинквентного поведения подростков: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / Федорова Наталья Владимировна. – Омск, 2007. – 22 с. – Текст : непосредственный.
20. Эльконин, Д.Б. Избранные психологические труды / Д.Б. Эльконин. – Москва : Педагогика, 1989. – 560 с. – Текст : непосредственный.

**Информация об авторах:** Е.В. Морозова – канд. психол. наук, [elvmorozova@yandex.ru](mailto:elvmorozova@yandex.ru), Е.В. Жукова, [egeni69@bk.ru](mailto:egeni69@bk.ru), А.Н. Барышова, [anna.yashina@mail.ru](mailto:anna.yashina@mail.ru), Н.В. Львова – канд. психол. наук, [lv7nata@gmail.com](mailto:lv7nata@gmail.com)

**Information about the authors:** Elena V. Morozova – Candidate of Psychological Sciences, [elvmorozova@yandex.ru](mailto:elvmorozova@yandex.ru), Eugenia V. Zhukova, [egeni69@bk.ru](mailto:egeni69@bk.ru), Anna N. Baryshova, [anna.yashina@mail.ru](mailto:anna.yashina@mail.ru), Natalya V. Lvova – Candidate of Psychological Sciences, [lv7nata@gmail.com](mailto:lv7nata@gmail.com)

## **Возможности применения аппаратно-программных комплексов в психологической реабилитации постковидного синдрома (на примере АВК «Диснет» и АПК «Сенсориум»)**

**Е.В. Морозова, Е.В. Жукова, А.Н. Барышова, Д.С. Еганова**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации,  
г. Москва, 127486, Россия

**Аннотация.** В статье описаны особенности когнитивных и эмоционально-аффективных нарушений при постковидном синдроме, дана обобщенная картина постковидного симптомокомплекса. Исследованы возможности психологической реабилитации последствий постковидного синдрома посредством использования аппаратно-программных комплексов на примере аудио-визуальной вибротактильной музыкальной системы «Сенсориум» на базе кресла «нулевой гравитации» и Аудиовизуального комплекса «ДисНет». *Целью исследования* является определение эффективности и актуальности использования данных аппаратно-программных комплексов в рамках комплексной реабилитации для коррекции постковидных эмоционально-аффективных нарушений. Исследование проводилось специалистами Федерального центра научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов на базе терапевтического отделения Клиники ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России.

**Ключевые слова:** психологическая реабилитация, аппаратно-программно комплекс, АВК «Диснет», АПК «Сенсориум», эмоционально-аффективные нарушения, когнитивные нарушения, постковидный синдром.

## **The possibilities of using hardware and software complexes in the psychological rehabilitation of post-ovoid syndrome (on the example of AVC "Disnet" and APK "Sensorium")**

**Elena V. Morozova, Eugenia V. Zhukova, Anna N. Baryshova, Daria S. Eganova**

The Federal State Budgetary Institution "Federal Bureau of Medical and Social Expertise", Ministry  
of Labor and Social Protection of Russian Federation, Moscow, 127486, Russia

**Abstract.** The article describes the features of cognitive and emotional-affective disorders in postcovid syndrome, a generalized picture of the postcovid symptom complex is given. The possibilities of psychological rehabilitation of the consequences of postcovid syndrome are investigated through the use of hardware and software complexes on the example of the audio-visual vibrotactile music system "Sensorium" based on the zero gravity chair and the audio-visual complex "DisNet". The aim of the study is to determine the effectiveness and relevance of the use of these hardware and software complexes in the framework of comprehensive rehabilitation for the correction of post-ovoid emotional and affective disorders. The study was conducted by specialists of the Federal center of scientific-methodical and methodological support for the development of the system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people and disabled children on the basis of the therapeutic department of the Clinic of the Federal State Budgetary Institution of the ITU Ministry of Labor of Russia.

**Key words:** psychological rehabilitation, hardware and software complex, APK "Disnet", APK "Sensorium", emotional and affective disorders, cognitive disorders, postcovid syndrome.

В конце 2019 года мир столкнулся с появлением новой коронавирусной инфекции, ставшей тяжелым испытанием для всего человечества. Пандемия и ее глобальные последствия, охватившая всю планету, стала проверкой на прочность для всех стран, которые

были вынуждены в кратчайшие сроки перестроить здравоохранение, социальную сферу и экономику под новые реалии, для эффективного решения этой проблемы.

Масштаб эпидемии подчеркивается возникшей необходимостью внесения изменений в МКБ-10, связанных с Covid-19. Постковидному синдрому был выделен отдельный код – U09.9 (Состояние после COVID-19 неуточненное, постковидный синдром) [5].

В настоящее время Covid-19 не побежден, но взят под контроль, и можно говорить о переходе инфекции в разряд сезонных заболеваний, заражение которыми предотвращается профилактическими прививками. Вместе с тем, пережитые события, такие как вынужденная изоляция, ограничение свободы передвижения, массовый страх заражения и невозможность контролировать последствия распространения данного заболевания не могли не отразиться на эмоциональном состоянии людей всего мира, в том числе и в нашей стране.

На сегодняшний день проведено множество исследований отечественными и зарубежными авторами, благодаря которым изучены вопросы симптомокомплекса не только самого заболевания, но и его последствий. Так, З.А. Албакова описывает крупное исследование, проведенное в Ингушетии, участие в котором приняли 695 пациентов всех возрастов, переболевших Covid-19 разной степени тяжести [1]. Целью исследования было выявление проблем, возникающих в результате болезни. Использовался опросник, разработанный З.А. Албаковой специально для данного исследования, содержащий в себе 16 вопросов, описывающих симптомы психических и психологических изменений в самочувствии пациентов. По результатам исследования около 65 % испытуемых дали положительные ответы на все вопросы, что предполагает наличие выраженных проблем в когнитивной и психической сфере. Кроме прохождения опроса испытуемые дополнительно, в качестве обратной связи, подробно описывали свое текущее состояние. Наиболее частыми жалобами оказались: спутанность сознания, высокая утомляемость, трудности концентрации внимания, перепады настроения, различная вегетативная симптоматика (учащенное сердцебиение, быстрое и поверхностное дыхание, давление в груди, тошнота) и непереносимость физических нагрузок.

Все описанные симптомы в большинстве своем появляются непосредственно во время заболевания и способны сохраняться после выздоровления в течение нескольких месяцев и дольше. В таком случае можно говорить о постковидном синдроме – патологическом состоянии после перенесенного коронавируса, которое может сопровождаться различной симптоматикой, отражающей в том числе нарушения работы центральной и вегетативной нервной системы. Возникновение постковидного синдрома не зависит от степени тяжести самого заболевания [3].

По данным Л.В. Петровой, переболевшие в «первую волну» Covid-19 отличаются наличием более длительных и выраженных постковидных симптомов по сравнению с последующими «волнами». Автор подтверждает данные опытом других стран. Так, в Великобритании медики провели лонгитюдное исследование, в ходе которого было оценено «бремя симптомов». Результаты показали, что у 86 % испытуемых сохранился по крайней мере один остаточный симптом на момент последующей госпитализации (спустя примерно 1 год после проведенного исследования) [8].

Психологов (в том числе медицинских) в рамках реализации мероприятий по психологической реабилитации интересуют симптомы, связанные с когнитивными, эмоционально-волевыми и психастеническими нарушениями у переболевших.

*Когнитивные нарушения* являются частыми постковидными осложнениями, возникающими у всех возрастных групп, включая молодых людей, у которых данные осложнения при других видах инфекционных заболеваний в целом не характерны. Они появляются вследствие возникшей хронической церебральной ишемии (гиперфузии) головного мозга, протекающей на фоне индуцированных вирусом структурных повреждений нейронов и нарушения метаболизма. Как правило, страдают такие зоны головного мозга, как кора височных и затылочных долей, а также гиппокамп, миндалевидное ядро, таламус,

мозжечок, т.е. отделы головного мозга, отвечающие за функции памяти, вследствие чего нарушаются механизмы усвоения, воспроизведения, консолидации поступающей информации. Реабилитанты с постковидными когнитивными нарушениями предъявляют активные жалобы на проблемы с памятью, которые проявляются в возникших трудностях с усвоением новой информации, понимания и воспроизведения увиденного/услышанного/прочитанного. Помимо жалоб, связанных с изменениями мнестических функций, нередко жалобы на ухудшение внимания, мышления, узнавания. Также реабилитанты отмечают коммуникативные трудности, связанные с подбором слов и пониманием обращенной речи [10].

*Эмоционально-волевые нарушения* при постковидном синдроме проявляются в виде повышенной тревожности, внутреннего напряжения, эмоциональной лабильности, стойкого ухудшения настроения, страхов и фобий, слабости волевого усилия. Часто развиваются *аффективные нарушения*, особенно среди госпитализированных пациентов с Covid-19 (т.е. с тяжелой формой течения). У данной категории переболевших зарегистрирован высокий процент тревожно-депрессивных состояний. Это подтверждает теорию о том, что любые нейровоспаления, в том числе вызванные Covid-19, являются предикторами возникновения депрессии и других расстройств настроения [11].

Важно отметить, что выраженность проявлений когнитивных и эмоционально-волевых и аффективных нарушений различаются в зависимости от тяжести, с которой протекал коронавирус. Если когнитивные нарушения, как и было описано выше, не зависят от тяжести Covid-19 и могут возникать даже при легком его течении, то эмоционально-аффективные нарушения напрямую взаимосвязаны со степенью тяжести коронавирусного заболевания. Иными словами, чем тяжелее протекало коронавирусное заболевание, тем сильнее и сложнее будут эмоционально-аффективные нарушения в постковидный период.

В работах Е.А. Стерлевой отмечается, что негативный опыт протекания Covid-19 может стать причиной возникновения посттравматического стрессового расстройства (далее – ПТСР). Память о тяжелой болезни, ее проявлениях, страхе неизвестности и смерти, опасения рецидива, пребывании в отделении интенсивной терапии, и особенно интубации и подключения к аппарату искусственной вентиляции легких (далее – ИВЛ) – являются прочной базой для формирования посттравматических состояний, вызывая тяжелую психогенную травму у переболевших [10].

Основными симптомами ПТСР как постковидного синдрома являются: чувство нехватки воздуха, приступы необоснованного страха, ночная бессонница, панические атаки и т.д. Среди основных факторов риска: тяжелое течение болезни, пребывание в реанимации, подключение к ИВЛ, делирий. Также в группе риска находятся люди молодого возраста, женского пола, имеющие сопутствующие соматические расстройства и их комбинации. Симптомы ПТСР наблюдаются после выздоровления и могут сохраняться в среднем до 7-ми месяцев. Не смотря на сглаживание со временем симптоматики отдельные симптомы ПТСР беспокоят переболевших в течение длительного периода. Очевидно, что данная категория переболевших остро нуждается в психологической помощи квалифицированных специалистов, т.к. самостоятельно справиться с тяжелыми постковидными симптомами эмоционально-аффективных нарушений и ПТСР не представляется возможным [1].

Одним из не менее важных последствий, формирующих постковидный симптом является *астения*, которая проявляется в виде ослабления либо полной утраты энергии для физического или умственного напряжения, эмоциональной лабильности, мотивационных расстройств, нарушений цикла сна и бодрствования и т.д. Астенизация после перенесенной болезни препятствует дальнейшему восстановлению активности и участия пациента в социальном функционировании вследствие истощения энергетического потенциала реабилитанта, что резко снижает реабилитационную приверженность, негативно влияя на исход реабилитации в целом. В долгосрочной перспективе постковидная астения чревата такими социально значимыми последствиями, как снижение объема деятельности (в том



числе профессиональной) и ее эффективности, нарушение умственной и физической работоспособности, влекущие за собой снижение качества жизни в целом [8].

Анализ данных об исследованиях по данной теме позволяет констатировать, что вне зависимости от того, каким образом представлен постковидный синдром у каждого конкретного человека, чаще всего в равной степени будут наблюдаться как когнитивные, так и эмоционально-аффективные нарушения на фоне астенизации личности переболевшего, затрудняя социальное функционирование человека.

У переболевших ковидом, особенно в первое время наблюдается снижение аппетита и физической, двигательной активности (переболевшие становятся апатичны, гиподинамичны, предпочитают самоизоляцию). Также у переболевших ковидом существенно сужается коммуникативная активность, вследствие лабильности эмоционального фона. У большинства больных выявляется снижение когнитивных функций (ригидность мышления, снижение attentивно-мнестических процессов, страдают исполнительные функции).

С учетом изложенного, в целях наиболее эффективного восстановления пациентов после Covid-19 и повышения качества их жизни наряду с медицинской реабилитацией необходимо проводить психологическую реабилитацию, включающую методы психотерапевтической коррекции. Л.В. Петрова в своих работах рекомендует использовать следующие психотерапевтические методы:

- 1) симптоматическую психотерапию (методики воздействия на отдельные симптомы и общее состояние пациента: аутотренинг, гипноз, внушение и самовнушение);
- 2) психотерапию, направленную на патогенетические механизмы;
- 3) личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию (психодинамическую, гештальт-терапию, семейную психотерапию);
- 4) когнитивно-поведенческую психотерапию (условно-рефлекторные техники, нейролингвистическое программирование);
- 5) телесно-ориентированную терапию [8].

В последние годы помимо традиционных методов психотерапевтической коррекции в комплексной реабилитации широкое распространение получила практика использования аппаратно-программных комплексов (далее – АПК). Такой подход раскрывает горизонт новых возможностей психологической реабилитации, ранее недоступных из-за ограничения психокоррекционной деятельности специалистов только традиционными методами. Включение аппаратно-программных комплексов в реабилитационную деятельность благотворно влияет на эффективность реабилитационного процесса, психику и организм реабилитантов, делает реабилитацию более разносторонней и творческой.

В практике работы Федерального центра научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей инвалидов (далее – Федеральный центр) на постоянной основе используются такие АПК, как:

- 1) Аудио-визуальной вибротактильной музыкальной системы «Сенсориум» на базе кресла «нулевой гравитации» (далее – АПК «Сенсориум»);
- 2) Аудиовизуальный комплекс «ДисНет» (далее – АВК «Диснет»).

Перед непосредственным описанием опыта использования данных АПК в работе специалистов Федерального центра с реабилитантами с постковидным синдромом, следует более подробно осветить механизм психофизиологического воздействия и раскрыть их потенциал в рамках реализации мероприятий психологической реабилитации.

АВК «Диснет» – уникальный аппаратно-программный комплекс, созданный для проведения сеансов психологической разгрузки и мобилизации, а также тестирования текущего психологического состояния реабилитанта [2]. Программы АВК созданы как вспомогательный инструмент для практикующего медицинского психолога.

С технической точки зрения АВК «Диснет» является компьютерной базой аудио- и видео- сеансов, а также включает в себя блок аутогенных тренировок. АВК «Диснет» имеет удобный, интуитивно понятный интерфейс, благодаря которому специалист способен

в зависимости от поставленной задачи и конкретных нужд реабилитанта отредактировать как саму базу, так и отдельные ее сеансы. Стандартный комплект включает 14 релаксационных и 12 мобилизационных видеосеансов, 7 упражнений аутогенной тренировки (релаксации) и 2 специальных (релаксация и мобилизация). Кроме этого в базе имеются 55 специально подобранных аудио композиций [7].

Для достижения дополнительного эффекта во время проведения сеансов аутогенной тренировки и аудиомузыкальных сеансов включены разделы цветотерапии и монтажа. В разделе цветотерапии легко подбирается цветовое сопровождение к звуковым сеансам, что позволяет запрограммировать произвольным образом определенное ритмическое цветовое воздействие. Раздел монтажа дает возможность составлять из произвольно выбранных кусочков существующих в базе видеосеансов и сохраненных сеансов цветотерапии один непрерывный видеоряд, склеивать с ним музыкальный файл из базы аутогенных или аудио файлов и сохранять их как новый сеанс. Эта функция особенно полезна для программирования сеансов аутогенной тренировки.

Оборудование АВК «Диснет» позволяет не только разрабатывать индивидуальную программу для каждого пациента с учетом результатов диагностики, но и сохранять в памяти компьютера предыдущие сеансы психологической реабилитации. Психолог в любой момент может посмотреть «историю болезни» пациента и оценить эффективность проводимой коррекционной работы [7].

АПК «Сенсориум» представляет собой антистрессовую психофизиологическую аудио-визуально-вибротактильную музыкальную систему, состоящую из виброакустического кресла «нулевой гравитации», аудио-визуально-вибротактильного стимулятора, светодиодных очков, профессиональных стереонаушников, аудиоблоков, проигрывателя с набором авторских компакт-дисков [9]. Кресло аппарата является интеллектуальным инструментом для быстрого и нетравматического доступа к глубоким уровням подсознания, что способствует возникновению состояний релаксации и улучшению настроения.

В психологической реабилитации АПК «Сенсориум» используется для решения следующих задач реабилитации:

- снижения уровня хронического психоэмоционального стресса;
- снижения уровня тревоги и депрессии;
- нормализации цикла «сон-бодрствование»;
- быстрого и эффективного восстановления работоспособности;
- улучшения качества переживаемых эмоций;
- улучшения внимания и эффективности переработки информации;
- повышения творческих способностей и эффективности обучения;
- повышения общей устойчивости к стрессу.

Практика использования специалистами Федерального центра данных АПК показала их высокую эффективность при проведении психологической реабилитации пациентов Клиники ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России. Данный опыт отражен в статьях, описывающих техническую и программную части данных АПК, принципы работы на данном оборудовании, программы построения занятий в зависимости от целей реабилитации и т.д. [4;6;7].

В начале 2022 года сотрудниками Федерального центра на базе терапевтического отделения Клиники ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России было проведено исследование эффективности использования АВК «Диснет» с АПК «Сенсориум» в психологической реабилитации пациентов с постковидным синдромом. Цель исследования – оценка эффективности психотерапевтической коррекции эмоционально-аффективных постковидных нарушений посредством использования АПК. В исследовании приняли участие 236 пациентов в возрастном диапазоне от 25 до 45 лет, переболевших Covid-19 и высказывающих жалобы на постковидные проявления.

Гипотеза исследования состояла в том, что посредством мультимодальной стимуляции (аудиальной, визуальной, тактильной и т.д.) должна произойти оптимизация и гармонизация межсенсорных взаимоотношений у пациента. Данный эффект достигается посредством одновременной синхронной зрительной, слуховой стимуляцией наряду с передачей через тело акустических волн низких частот (вибротактильная стимуляция) на фоне специально подобранных музыкальных произведений и видеоряда, что производит эффект быстрого снятия психоэмоционального напряжения (успокоения, глубокой мышечной релаксации). Критерием эффективности проведенных реабилитационных мероприятий предполагалось считать гармонизацию эмоциональной сферы и нивелирование эмоционально-аффективных нарушений у пациентов с постковидным синдромом.

В качестве диагностического материала для оценки психоэмоционального статуса реабилитантов специалисты Федерального центра используют встроенные методики в АВК «Диснет»: «Самочувствие-активность-настроение» (САН), тест на эмоциональную реактивность («Характеристика эмоциональности»). Данные методики валидны и стандартизированы, обработка результатов тестирования компьютеризована, результаты сохраняются в карточке реабилитанта. Всего проводится две диагностики – первичная (перед началом реабилитационного курса) и контрольная (итоговая). Реабилитационный курс включает в себя 5 сеансов на АВК «Диснет» и 5 сеансов на АПК «Сенсориум», которые следуют друг за другом. Время 1 сеанса – 30 мин.

Кроме того в рамках просветительской деятельности специалисты Федерального центра обучали пациентов навыкам саморегуляции для повышения эффективности реабилитационного курса (в формате индивидуальной и групповой беседы).

По завершении реабилитационного курса результаты итоговой диагностики показали улучшение психоэмоциональной сферы реабилитантов с постковидным синдромом в среднем на 30 % по (отдельным шкалам), что можно считать положительной динамикой для проведенных 10 сеансов. Результаты тестирования САН отражают улучшение по шкалам «самочувствие» и «настроение»; статистически значимых изменений по шкале «активность» не было выявлено. Сравнения результатов теста на эмоциональную реактивность показал следующие изменения – снизилась «эмоциональная возбудимость» и «отрицательное влияние эмоций на эффективность деятельности и общения», в то время как «длительность эмоций» и «интенсивность эмоций» существенно не изменили своих показателей. После прохождения сеансов при устном опросе реабилитанты отмечали у себя улучшение настроения, чувство телесного и эмоционального расслабления, обретение душевного равновесия. По прошествии часа-двух после сеанса уходила излишняя расслабленность, реабилитанты ощущали «душевный подъем», чувствовали себя более активными и внимательными. Также интересно отметить, что некоторые испытуемые отмечали, что после сеансов на АПК «Сенсориум» стали лучше чувствовать свое тело, различать его физические границы и потребности.

По итогу проведенного исследования можно сделать вывод, что применение АВК «Диснет» и АПК «Сенсориум» целесообразно в качестве психотерапевтической коррекции эмоционально-аффективных постковидных нарушений. Психологическая реабилитация с использованием АПК имеет положительное воздействие на психоэмоциональную сферу данной категории пациентов. Благодаря дополнительному включению психологического просвещения, направленного на ознакомление с эффективными методами саморегуляции и частичного овладения ими, в совокупности с сеансами релаксации на АПК, позволяет осваивать навыки самостоятельного преодоления стресса, что может способствовать восстановлению жизненного тонуса вне стен стационарного отделения, повышая уровень социального функционирования человека.

### Библиографический список

1. Албакова, З.А. Психологические и психические последствия заболевания COVID-19 / З.А. Албакова. – Текст : электронный // Международный научно-исследовательский журнал. – 2022. – N 5-2 (119). – С. 207-211. – URL: [https://research-journal.org/media/PDF/irj\\_issues/5-119-2.pdf#page=206](https://research-journal.org/media/PDF/irj_issues/5-119-2.pdf#page=206) (дата обращения: 29.11.2022).
2. Аудиовизуальный комплекс «Диснет» 2 : Руководство пользователя. – Москва, 2007. – 14 с. – Текст : непосредственный.
3. Жевелик, О.Д. Анализ программ постковидной реабилитации за 2021 год в отделении психотерапии и неврозов БУ «Нижевартовская психоневрологическая больница» / О.Д. Жевелик, Г.Ф. Михеева, Е.О. Кулешова [и др.]. – Текст : электронный // Здоровоохранение Югры : опыт и инновации. – 2022. – N 2 (31). – С. 20-24. – URL: <https://en.calameo.com/read/0047744979d95997d230a?authid=E4jI4s66IUPP> (дата обращения: 29.11.2022).
4. Львова, Н.В. Коррекция психологического состояния больных путем использования современных высокотехнологичных средств психологической реабилитации / Н.В. Львова. – Текст : непосредственный // Сборник материалов научно-практической конференции «Актуальные аспекты внедрения инновационных технологий в практику осуществления медико-социальной экспертизы с использованием положений МКФ». – Ростов-на-Дону, 2011. – С. 159-164.
5. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). – URL: <https://mkb-10.com/index.php?pid=23014> (дата обращения: 10.11.2022). – Текст : электронный.
6. Морозова, Е.В. Опыт применения аппаратно-программных комплексов в социально-психологической реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в условиях Федерального центра научно-методического и методологического обеспечения системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов / Е.В. Морозова, Е.В. Жукова, Г.М. Сотская, А.Н. Барышова. – Текст : непосредственный // Состояние и перспективы развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации – 2020. II Межрегиональная конференция (Москва, 18 ноября 2020 г.) : Сборник материалов и докладов / Под общей редакцией д.м.н. М.А. Дымочки. – Москва : ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, 2020. – С. 245-250.
7. Морозова, Е.В. Возможности использования аудиовизуального комплекса «Диснет» в социально-психологической реабилитации инвалидов / Е.В. Морозова, Е.В. Жукова, А.Н. Барышова, Н.В. Львова. – Текст : непосредственный // Состояние и перспективы развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов – 2021. III Межрегиональная конференция (Москва, 25 ноября 2021 г.) : Сборник материалов и докладов / Под общей редакцией д.м.н. М. А. Дымочка. – М. : ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, – 2022. – С. 190-198.
8. Петрова, Л.В. Астения в структуре постковидного синдрома: патогенез, клиника, диагностика и медицинская реабилитация / Л.В. Петрова, Е.В. Костенко, Э.М. Ахматовна. – Текст : электронный // Доктор.Ру. – 2021. – N 9 (20). – С. 36-42. – URL: <https://journaldoctor.ru/catalog/nevrologiya/asteniya-v-strukture-postkovidnogo-sindroma-patogenez-klinika-diagnostika-i-meditsinskaya-reabilitats/> (дата обращения: 29.11.2022).
9. Применение системы аудиовизуальной и вибротактильной стимуляции «Сенсориум» : Методические рекомендации // ГУ НИИ Физиологии СО РАМН, лаборатория психофизиологии, Клиника психосоматических расстройств, Антистрессовый центр. – Новосибирск, 2014. – Текст : непосредственный.
10. Стерлева, Е.А. Изучение течения церебральных нарушений после перенесенного COVID-19 / Е.А. Стерлева, Н.Д. Артуровна. – Текст : электронный // StudNet. – 2021. – N 9 (4). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/izuchenie-techeniya-tserebralnyh-narusheniy-posle-perenesennogo-covid-19> (дата обращения: 10.11.2022).
11. Хасанова, Д.Р. Постковидный синдром: обзор знаний о патогенезе, нейропсихиатрических проявлениях и перспективах лечения / Д.Р. Хасанова, Ю.В. Житкова, Г.Р. Васкаева. – Текст : электронный // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. –

2021. – N 3 (13). – С. 93-98. – URL: <https://nnp.ima-press.net/nnp/article/view/1583/1261> (дата обращения: 10.11.2022).

**Информация об авторах:** Е.В. Морозова – канд. психол.наук, [elvamorozova@yandex.ru](mailto:elvamorozova@yandex.ru), Е.В. Жукова, [egeni69@bk.ru](mailto:egeni69@bk.ru), А.Н. Барышова, [anna.yashina@mail.ru](mailto:anna.yashina@mail.ru), Д.С. Еганова, [morikooni@gmail.com](mailto:morikooni@gmail.com)

**Information about the authors:** Elena V. Morozova – Candidate of Psychological Sciences, [elvamorozova@yandex.ru](mailto:elvamorozova@yandex.ru), Eugenia V. Zhukova, [egeni69@bk.ru](mailto:egeni69@bk.ru), Anna N. Baryshova, [anna.yashina@mail.ru](mailto:anna.yashina@mail.ru), Daria S. Eganova, [morikooni@gmail.com](mailto:morikooni@gmail.com)

**Социальная реабилитация инвалидов молодого возраста с ментальными нарушениями на базе отделения социальной реабилитации и абилитации БУ «Югорский комплексный центр социального обслуживания населения»**

**М.В. Буглак**

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Югорский комплексный центр социального обслуживания населения», г. Югорск, 623263, Россия

**Аннотация.** В статье описываются формы работы с инвалидами с ментальными нарушениями в условиях отделения социальной реабилитации и абилитации учреждения социального обслуживания.

**Ключевые слова:** инвалид, инвалид с ментальными нарушениями, реабилитация, абилитация, сопровождаемое проживание.

**Social rehabilitation of young people with mental disabilities on the basis of the Department of Social Rehabilitation and Habilitation of the Ugra Integrated Center for Social Services of the Population**

**Mariya V. Buglak**

Budget institution Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug – Yugra "Yugra Integrated Center for Social Services of the population", Yugorsk, 623263, Russia

**Abstract.** The article describes the forms of work with disabled people with mental disabilities in the conditions of the department of social rehabilitation and habilitation in a social service institution.

**Key words:** disabled, disabled person with mental disorders, habilitation, accompanied accommodation.

В настоящее время в Российской Федерации складывается система помощи людям с аутизмом и другими ментальными нарушениями. Необходимость развития комплексного сопровождения лиц с расстройствами аутистического спектра и другими ментальными нарушениями обусловлена положениями Всеобщей декларации прав человека [1], Конвенции о правах инвалидов [2], резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения «Комплексные и согласованные усилия по ведению расстройств аутистического спектра» [4] в части создания комфортной и доброжелательной для жизни среды, обеспечения доступности и качества услуг в сфере образования, медицины, социальной защиты населения, культуры и спорта для молодых инвалидов.

В Ханты-Мансийском автономном округе – Югре в данном направлении разработана и утверждена Концепция развития комплексной системы реабилитации, абилитации и комплексного сопровождения инвалидов, детей-инвалидов, в том числе людей с ментальной инвалидностью, а также ранней помощи и сопровождаемого проживания в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре, на период до 2025 года [3]. Кроме этого, разработаны нормативные правовые акты, определяющие полномочия и обязанности органов государственной власти автономного округа, подведомственных им учреждений и организаций по обеспечению

условий для полноценной интеграции инвалидов, ликвидации проявлений дискриминации по признаку инвалидности; структуру; минимальный объем и порядок оказания инвалидам мер социальной поддержки, социальных услуг. Одним из основных аспектов развития системы помощи людям с ментальными нарушениями является создание и реализация эффективных методических продуктов (программ, технологий и т.д.), которые направлены на повышение качества реабилитационного и абилитационного процесса людей с расстройствами аутистического спектра и эффективной адаптации их в обществе.

С 2019 года в бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Югорский комплексный центр социального обслуживания населения» (далее – учреждение) реализуется программа комплексной реабилитации для инвалидов с ментальными нарушениями в условиях отделения социальной реабилитации и абилитации (далее – отделение) «Жизнь без барьеров», способствующая увеличению охвата инвалидов старше 18 лет, проживающих в городе Югорске, прошедших комплексную реабилитацию; организации занятости данной категории граждан.

Программа реализуется по 5-ти направлениям:

1. Социально-медицинское, предусматривающее поддержание и восстановление утраченных функций организма. В рамках данного направления врач-специалист проводит первичный прием, консультирование, медицинский осмотр граждан, зачисленных на курс социальной реабилитации в отделение, а также осуществляет просветительскую деятельность по ведению и поддержанию здорового образа жизни.

Медицинская сестра по массажу проводит лечебно-профилактический массаж по назначению врача в оборудованном медицинском кабинете, занятия по «Су-Джок терапии», пальчиковой гимнастике.

Инструктор-методист по адаптивной физической культуре проводит комплекс реабилитационных физкультурно-оздоровительных мероприятий, спортивные занятия (веселые старты, спортивные игры, скандинавская ходьба, плавание, занятия на тренажерах), спортивные соревнования.

2. Социально-педагогическое, нацеленное на развитие творческих способностей, мелкой моторики. На занятиях по трудотерапии инструктор по труду в своей деятельности применяет техники, направленные на развитие мышления, речи и внимания, усидчивости. В рамках межведомственного взаимодействия инструктор по труду совместно с общественными организациями организует на базе отделения персональные городские выставки декоративно-прикладного творчества, содействует участию получателей социальных услуг в выставках регионального уровня.

Культурный организатор отделения проводит занятия, направленные на организацию досуга, снятие стресса, самовыражение с использованием различных технологий – музыкотерапии, вокалотерапии, игротерапии и др.

3. Социально-психологическое, направленное на формирование социально-коммуникативных навыков у инвалидов молодого возраста. Психолог проводит диагностику коммуникативных навыков и психоэмоционального статуса; коррекционные мероприятия по обучению эффективным способам выстраивания межличностных отношений, расширению круга социальных контактов, преодолению внутренних зажимов, соблюдению общепринятых норм и правил в социальном пространстве.

Занятия способствуют улучшению психоэмоционального состояния, путем приобретения способностей управлять своим поведением, страхами, позволяют становиться более гибким в общении, более адекватно выражать свои чувства и эмоции.

4. Социально-трудовое, целями которого являются адаптация инвалида к изменившимся в результате заболевания условиям его личной и общественной жизни, предотвращение социальной изоляции и связанных с ней форм девиантного поведения, обеспечение успешной ресоциализации личности, восстановление контактов с окружающими людьми, формирование социальной позиции. Специалисты по социальной реабилитации проводят профориентационные

мероприятия, в том числе экскурсии в средние профессиональные заведения, оказывают содействие в трудоустройстве при взаимодействии с Центром занятости населения.

5. Социально-бытовая ориентировка – социально-бытовая адаптация. Специалисты по социальной реабилитации в блоке оккупациональной терапии проводят занятия по обучению инвалидов навыкам самообслуживания. Также предусматривается совершенствование уже имеющихся навыков личной гигиены, гигиены питания, принятия самостоятельного решения в различных ситуациях.

Программа реализуется в соответствии с индивидуальным планом социально-реабилитационных мероприятий, который составляется на каждого инвалида с ментальными нарушениями. Группа формируется до 6 человек с учетом нозологий. Продолжительность курса реализации зависит от потребности инвалидов, до 3-х курсов в год с периодом пребывания до 4 часов и до 3-х курсов в год, с периодом пребывания свыше 4 часов.

За период реализации программы (июнь 2019 года – октябрь 2022 года) получены следующие результаты:

- сформирован банк данных инвалидов с ментальными нарушениями старше 18 лет, проживающих в городе Югорске, имеющих возможность по состоянию здоровья пройти курс реабилитации на базе отделения социальной реабилитации и абилитации, в количестве 75 человек;
- полный курс реабилитации на базе отделения социальной реабилитации и абилитации прошли 100 % граждан, состоящих в банке данных;
- овладели навыками самообслуживания в быту 59 человек, что составляет 78 % от общего количества инвалидов, прошедших курс реабилитации;
- трудоустроено 6 человек по профессиям: швея, оператор ЭВМ, фасовщик, мастер, рабочий по благоустройству территории города, из них осуществляют трудовую деятельность 5 (1 человек по состоянию здоровья уволился);
- организованы 2 практикума по профобразованию в политехнических колледжах городов Югорска и Советский, участие приняли 12 человек;
- организована досуговая занятость 3 граждан, которые посещают Центр адаптивного спорта в г.Югорске (секция легкая атлетика – 1 чел., пауэрлифтинг – 2 человек) Ребята являются неоднократными победителями соревнований на муниципальном и окружном уровнях;
- специалистами отделения внедрены новые технологии: «Су-джок терапия», «Арт-терапия», «Социально-бытовая ориентировка», «Игротерапия», «Музыкатерапия»;
- организовано межведомственное взаимодействие с 9 организациями и учреждениями города: Югорская городская организация общественной организации «Всероссийское общество инвалидов», муниципальное автономное учреждение (далее – МАУ) «Молодежный центр «Гелиос», Отдел по развитию адаптивного спорта в г. Югорске БУ «Центр адаптивного спорта», казенное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Югорский центр занятости населения» (далее – КУ ХМАО-Югры Югорский ЦЗН), религиозная организация «Югорская Епархия Русской православной церкви (Московский патриархат)», МАУ дополнительного образования Советского района «Центр «Созвездие» им. Героя Советского Союза Гришина И.Т., муниципальное бюджетное учреждение (далее – МБУ) «Спортивная школа олимпийского резерва «Центр Югорского спорта», МБУ «Централизованная библиотечная система Югорска», МБОУ «Детская школа искусств города Югорска».

Мероприятия по программе систематически освещаются на официальном сайте учреждения (<https://sferaugorsk.ru>), в группе «БУ «Югорский КЦСОН» в социальных сетях «Одноклассники», «ВКонтакте».

В 2022 году программа «Жизнь без барьеров» заняла 2 место в Региональном конкурсе на лучшую программу реабилитации людей с расстройствами аутистического спектра, другими ментальными нарушениями старше 18 лет среди учреждений социального обслуживания, подведомственных Депсоцразвития Югры.

С 1 июня 2021 года в учреждении реализуется пилотный проект по сопровождаемому проживанию и жизнеустройству инвалидов с психическими расстройствами (далее – проект, пилотный проект), направленный на создание условий для успешной социальной адаптации к независимой жизни данной категории граждан, их активного включения в социальную жизнь по месту жительства.

Целевой группой проекта являются инвалиды старше 18 лет, страдающие психическими расстройствами в стадии ремиссии, признанные нуждающимися в социальном обслуживании, при наличии потребности в сопровождаемом проживании.

Механизм реализации проекта разделен на четыре этапа: подготовительный, учебное сопровождаемое проживание, тренировочный, сопровождаемое (самостоятельное) проживание и трудовая занятость.

Целью *подготовительного этапа* является подбор и диагностика кандидатов для подготовки к сопровождаемому проживанию инвалидов, формирование групп инвалидов для сопровождаемого проживания.

*Учебное сопровождаемое проживание* включает обучение инвалидов навыкам самостоятельной жизнедеятельности посредством освоения необходимых социальных компетенций, их коррекция, развитие возможностей к самостоятельному удовлетворению основных жизненных потребностей, адаптации к самостоятельной жизни. Кроме этого, этап включает обучение деятельности в быту (самообслуживание, организация питания, уход за вещами, уборка помещения, ведение бюджета, покупки), социально-коммуникативной деятельности (межличностные взаимодействия, контроль своего поведения, семейные отношения, неформальные социальные отношения, ориентация в социальном пространстве, ориентировка в окружающей среде); организации досуга (обучение выбору и организации свободного времени, определение его продолжительности).

На этапе *тренировочного сопровождаемого проживания* проводится апробация и закрепление освоенных инвалидами навыков и опыта в области самообслуживания и самостоятельного социального функционирования, их коррекция, а также развитие адаптационных возможностей и приспособительных механизмов к самостоятельной жизни посредством предоставления отдельных видов услуг.

На этапе *сопровожденного (самостоятельного) проживания и трудовой занятости* осуществляется самостоятельная жизнедеятельность инвалидов по месту их проживания. Специалист отделения проводит контроль за гражданином, индивидуальное периодическое посещение, при необходимости оказывает консультационную, социально-правовую, бытовую и иную помощь.

Трудовая занятость инвалидов обеспечивается за счет трудоустройства на рынке труда, либо за счет работы в организуемых мастерских.

В рамках оказания содействия в трудоустройстве специалистом отделения совместно с КУ ХМАО-Югры Югорский ЦЗН, МАУ «Молодежный центр «Гелиос» осуществляется поиск/подбор вакансий для гражданина, в случае положительного результата оказывается помощь в трудоустройстве, осуществляется контроль посещения рабочего места, при необходимости обеспечивается сопровождение инвалида до места работы и обратно. При невозможности трудоустройства и включения в сопровождаемую трудовую деятельность, инвалиду обеспечивается социальная дневная занятость.

В целях повышения эффективности реализации пилотного проекта на территории города Югорска сформирован реестр социальных партнеров, включающий:

1. Отдел опеки и попечительства администрации города Югорска (далее – ООиП).
2. Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская психоневрологическая больница» (далее – БУ «Советская психоневрологическая больница»).
3. КУ ХМАО-Югры Югорский ЦЗН.
4. Автономная некоммерческая организация «Центр социального обслуживания «Доверие» (далее – АНО «Центр социального обслуживания «Доверие»).



ООиП совместно с БУ «Советская психоневрологическая больница» и учреждением ежегодно проводят анализ потребности целевой группы из числа признанных недееспособными и ограничено дееспособными гражданами в сопровождаемом проживании.

БУ «Советская психоневрологическая больница» осуществляет выявление инвалидов с психическими расстройствами, информирует инвалидов (законных представителей) о данной технологии, принимает участие в заседаниях социально-реабилитационного консилиума и в проведении оценки потребностей инвалидов в сопровождаемом проживании.

КУ ХМАО-Югры Югорский ЦЗН оказывает содействие в трудоустройстве инвалидов, осуществляет профессиональную ориентацию в целях выбора сферы деятельности (профессии), прохождения профессионального обучения и получения дополнительного профессионального образования, трудоустройства.

МАУ «Молодежный центр «Гелиос» оказывает содействие в решении вопросов трудоустройства инвалидов на квотируемые рабочие места организации.

АНО «Центр социального обслуживания «Доверие» осуществляет реализацию этапа тренировочного сопровождаемого проживания в условиях круглосуточного пребывания под наблюдением специалистов.

За период реализации проекта прошли обучение в рамках сопровождаемого проживания 16 граждан, из них: проживают самостоятельно – 3 человека, в семье – 10 человек, в АНО «Центр социального обслуживания «Доверие» – 3 человека. С целью выявления потребности в оказании помощи и своевременного решения возникших проблем, с инвалидами, проживающими в семьях, поддерживается взаимодействие не реже 1 раза в месяц. Самостоятельно проживающие инвалиды находятся на периодическом сопровождаемом проживании – специалист по социальной реабилитации посещает их по месту проживания 1 раз в две недели. Оказано содействие в трудоустройстве 6 инвалидам с ментальными нарушениями.

В целях обобщения и тиражирования опыта работы по реализации пилотного проекта специалистами учреждения разработан Методический кейс «Организация сопровождаемого проживания и жизнеустройства инвалидов с психическими расстройствами».

В рамках организации дневной трудовой занятости инвалидов с ментальными нарушениями, на базе отделения организована трудовая мастерская «Креатив» с привлечением волонтеров «серебряного» возраста в качестве наставников. В мастерской инструктор по труду обучает инвалидов вязанию мочалок из пропиленовой нити, авосек и ковриков, различным приемам и техникам вязания крючком, на спицах и станках. Готовые изделия продаются на ярмарках-продажах, посредством распространения информации в мессенджерах в специально созданных группах по рукоделию.

Работа в творческой мастерской позволяет получить жизненный опыт, профессиональные навыки, развить социальные и творческие компетенции, расширить социальные контакты.

По состоянию на 31.10.2022 г. организована дневная занятость в мастерской в отношении 6 человек. К оказанию помощи и поддержки граждан с инвалидностью привлечено 8 волонтеров «серебряного» возраста в качестве наставников.

Таким образом, целенаправленная деятельность учреждения по совершенствованию работы с инвалидами старше 18 лет с ментальными нарушениями, внедрению новых технологий, программ, методов работы с данной категорией граждан, способствовали повышению их качества жизни, успешной социализации и адаптации в обществе.

#### **Библиографический список**

1. Всеобщая декларация прав человека. – URL: [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/declhr.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declhr.shtml) (дата обращения: 08.11.2022). – Текст : электронный.
2. Конвенция о правах инвалидов (принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи) от 13 декабря 2006 г. : офиц. текст. – URL: <https://www.un.org/ru> (дата обращения: 08.11.2022). – Текст: электронный.

3. Концепция развития комплексной системы реабилитации, абилитации и комплексного сопровождения инвалидов, детей-инвалидов, в том числе людей с ментальной инвалидностью, а также ранней помощи и сопровождаемого проживания в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре, на период до 2025 года. – URL: <https://depr.admhmao.ru/upload/iblock/b36/Kontsepsiya-do-2025.pdf> (дата обращения: 08.11.2022). – Текст: электронный.

4. Комплексные и согласованные усилия по ведению расстройств аутистического спектра. Доклад Секретариата, 21 марта 2014 г. // Шестьдесят седьмая сессия Всемирной Ассамблеи здравоохранения. – А67/17. – ВОЗ. – URL: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_17-ru.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_17-ru.pdf) (дата обращения: 08.11.2022). – Текст: электронный.

**Информация об авторах:** М.В. Буглак, [BuglakMV@admhmao.ru](mailto:BuglakMV@admhmao.ru)

**Information about the authors:** [BuglakMV@admhmao.ru](mailto:BuglakMV@admhmao.ru)

### **Системный подход к реабилитационной работе с инвалидами, в том числе детьми-инвалидами: от рождения до самостоятельности**

**Е.В. Гришкова, И.О. Бурлакова**

Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Центр социальной реабилитации инвалидов», г. Рязань, 390006, Россия

**Аннотация.** Статья посвящена опыту работы Государственного бюджетного учреждения Рязанской области «Центр социальной реабилитации инвалидов» в области комплексной социальной реабилитации детей-инвалидов с младенческого возраста до 18 лет, членов их семей, а также инвалидов от 18 до 45 лет. В настоящее время жизнеустройство людей с ментальной инвалидностью является острой социальной проблемой, данная категория граждан относится к наиболее уязвимым группам населения. Основным местом проживания людей с ментальной инвалидностью в России являются психоневрологические интернаты. Стремительное развитие новых технологий и их внедрение стало неотъемлемой частью развития современного общества. В последнее время особое внимание уделяется технологии сопровождаемого проживания, которая позволяет людям с ментальной инвалидностью жить в условиях социальной инклюзии. Такие технологии, как учебное сопровождаемое проживание помогают в социальной инклюзии лицам с ментальной инвалидностью реализовать их права на достойную среду обитания, организацию быта и досуга. Цель применения практик: создание стационарозамещающей технологии по обучению людей с инвалидностью навыкам самостоятельной жизнедеятельности посредством освоения необходимых жизненных компетенций, а также развитие способностей к независимости в бытовой, социально-коммуникативной и досуговой деятельности. Перед проектом стоят следующие задачи: улучшение качества жизни получателей социальных услуг учреждения, создание условий для формирования у обучающихся навыков самообслуживания, самопомощи, повышение уровня их социального функционирования, осуществление мероприятий, направленных на развитие у получателей социальных услуг учреждения знаний, умений и навыков, необходимых для самостоятельного и независимого проживания и жизнедеятельности в быту, трудовой занятости, социального взаимодействия в обществе. Результат: повышение качества социального обслуживания и создание стационарозамещающей технологии.

**Ключевые слова:** сопровождаемое проживание, учебное сопровождаемое проживание, обучение инвалидов, социальная реабилитация, трудотерапия, социализация, социальная интеграция, нормализация жизни инвалидов.

## **Systemic approach to rehabilitation work with people with disabilities, including children with disabilities: from birth to independence**

**Elena V. Grishkova, Irina O. Burlakova**

Ryazan State Budgetary Institution of the Ryazan Region «Center for Social Rehabilitation of Disabled People», Ryazan, 390006, Russia

**Abstract.** The article is devoted to the experience of the Ryazan Oblast State Budgetary Institution "Center for Social Rehabilitation of the disabled people" in the field of comprehensive social rehabilitation of disabled children from infancy to age 18, their family members, and the disabled from age 18 to 45. Nowadays the life of people with mental disabilities is an acute social problem, this category of citizens belongs to the most vulnerable groups of population. The main place of residence for people with mental disabilities in Russia are psycho-neurological boarding schools. The rapid development of new technologies and their implementation has become an integral part of the development of modern society. Recently, special attention has been paid to assisted living technology, which allows people with mental disabilities to live under conditions of social inclusion. Such technologies as learning assisted living help people with mental disabilities in social inclusion to realize their rights to a dignified living environment, organization of everyday life and leisure activities. The purpose of the practices: the creation of a stationary-substituting technology for teaching people with disabilities the skills of independent living by mastering the necessary life competencies, as well as the development of abilities to be independent in everyday life, social and communicative and leisure activities. The project has the following objectives: improving the quality of life of recipients of social services of the institution, creating conditions for the formation of skills of self-care, self-help, increasing their level of social functioning, implementation of activities aimed at the development of knowledge, skills and abilities necessary for independent and independent living and life activities in everyday life, employment, social interaction in society. Result: improving the quality of social services and the creation of hospital-substituting technology.

**Key words:** assisted living, educational assisted living, disability training, social rehabilitation, occupational therapy, socialization, social integration, normalization of life for people with disabilities.

Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Центр социальной реабилитации инвалидов» (далее – ГБУ РО «Центр социальной реабилитации инвалидов», Центр) осуществляет свою деятельность в качестве поставщика социальных услуг с 2 мая 2012 года и является единственным в Рязанской области учреждением социального обслуживания, где одновременно предоставляются услуги по социальной реабилитации, услуги диспетчерского пункта для глухих, а также выдаются технические средства реабилитации в безвозмездное пользование на срок до полугода.

Получателями услуг Центра являются дети-инвалиды от рождения до 18 лет, члены их семей, а также инвалиды в возрасте от 18 до 45 лет. В учреждении функционируют: отделение кратковременного пребывания для детей-инвалидов, отделение социальной реабилитации для детей-инвалидов, отделение социальной реабилитации инвалидов старше 18 лет.

Ежегодно в Центре наблюдается не только рост численности обратившихся за услугами, но и усложнение нозологических групп в составе получателей услуг. Многие из инвалидов – получателей услуг имеют выраженную степень ограничения жизнедеятельности.

Большое внимание в работе с получателями услуг отводится активизации их потребностей в культурном саморазвитии, формированию активной жизненной позиции, обучению новым знаниям и навыкам трудовой деятельности, а также навыкам самостоятельного обслуживания.

Обучающиеся посещают занятия в швейной и инклюзивной творческой мастерской, занятия по адаптивной физкультуре и обучению здоровому образу жизни, занятия по социально-средовой адаптации, такие как: растениеводство; денежные расчеты; обучение посещению государственных и частных организаций – пенсионного фонда, многофункциональных

центров государственных и муниципальных услуг, магазинов, аптек и т.д.; домоводство; санитарно-гигиенические навыки; здоровое питание; уход за вещами; уборка и т.д.

В октябре 2020 года ГБУ РО «Центр социальной реабилитации инвалидов» началась апробация технологии «Сопровождаемое совместное проживание малых групп инвалидов, в том числе с ментальными нарушениями, в отдельных жилых помещениях» (далее – проект).

Данная технология направлена на обучение молодых людей с инвалидностью самостоятельному (сопровождаемому) проживанию в «учебно-тренировочных квартирах» на базе трехкомнатной квартиры по адресу: Михайловское шоссе, д. 93.

В квартире отдельная комната для отдыха, комната для педагогов и сопровождающих лиц, комната для досуга, большая кухня, отдельный санузел. Жилой дом находится в г. Рязани недалеко от остановки общественного транспорта в шаговой доступности от потребительских объектов.

Первая группа молодых людей, участвующих в проекте, состоит из 3 юношей и 3 девушек с расстройством центральной нервной системы, речевыми нарушениями и расстройством аутистического спектра. Группы для совместного проживания формируются с учётом психологической совместимости и с разным уровнем самостоятельности.

На всех ступенях сопровождаемого проживания с обучающимися и их родителями будут работать психологи, медицинские психологи, специалисты по реабилитации (производственной адаптации) инвалидов, культурный организатор, фельдшер, социальный педагог.

Механизмом оценки эффективности является первичная и срезовая диагностики психологических особенностей, социально-бытовых навыков, а также анализ психологической совместимости участников проекта.

На начальном этапе занятия организованы в формате ежедневного обучения навыкам самообслуживания, поведения в быту и общественных местах, самоконтролю, навыкам общения, в будние дни с 09.00 до 18.00 с посещением ГБУ РО «Центр социальной реабилитации инвалидов» для получения социальных услуг в полустационарной форме, таких как:

- социально-медицинские;
- социально психологические;
- социально-педагогические;
- социально-трудовые;
- услуги в целях повышения коммуникативного потенциала.

Услуги, оказываемые в рамках проекта, входят в региональный перечень социальных услуг и предоставляются в соответствии с действующим законодательством о социальном обслуживании населения.

В Центре сформирована программа, которая включает занятия по знакомству с окружающим миром, обучению навыкам самообслуживания, обучению ручному труду, домоводству, физкультурные и творческие занятия, обучение основам гигиены и общения, занятия в швейной мастерской, практические блоки «Дом-Аптека-Магазин-Транспорт». Индивидуальные планы работы с каждым из обучающихся проработаны совместно с родителями.

Важное значение в организации реабилитационных мероприятий придается социально-трудовой реабилитации, которая проявляется в систематических занятиях с целью приобретения, восстановления и поддержания навыков трудовой деятельности, а также снижения уровня зависимости от посторонней помощи.

В процессе трудотерапии происходит становление личности, преодолеваются психологические комплексы, формируются новые межличностные взаимоотношения; молодые люди вовлекаются в коллективную деятельность.

Воздействие трудового процесса направлено на обучение инвалидов, привитие им навыков самообслуживания, хозяйственно-бытового и производительного труда, формирование профессиональных навыков, накопление социального опыта с последующей интеграцией в социум.

Безусловно, что используемые педагогические методы и предлагаемые трудовые операции должны соответствовать индивидуальным возможностям и интересам, побуждать к самостоятельности и творчеству, приносить удовлетворение, мотивировать к восстановлению трудоспособности. Осваиваемые навыки и умения должны иметь общественную и личностную ценность, практическую направленность.

Трудовая реабилитация осуществляется в комплексе с другими методами, закрепляя эффект их воздействия. Она способствует физическому и индивидуальному развитию, коррекции двигательных функций и нормализации общих физиологических параметров организма (обмена веществ, состояния сердечнососудистой, дыхательной и иммунной систем), улучшению сна, настроения, аппетита. Трудовые движения и операции стимулируют физиологические процессы, мобилизуют волю, дисциплинируют, приучают к концентрации внимания, создают бодрое настроение, направляют активность в русло предметной, результативной и дающей удовлетворение деятельности. Занятие трудом раскрывает перед инвалидами перспективу восстановления способностей общения в процессе труда, формирует осознание причастности к общей деятельности.

Трудовая реабилитация активизирует, организует совместную деятельность, оказывает положительное влияние на формирование целостных ориентаций и потребностей. В процессе трудотерапии происходит становление личности, преодолеваются психологические комплексы, формируются новые межличностные взаимоотношения.

Вследствие коллективного труда наши подопечные получают навыки работы, общения, сотрудничества, что способствует их адаптации в обществе.

В ближайших планах развития Центра – организация работы гончарной мастерской и содействие дневной занятости молодых инвалидов.

В процессе реализации проекта можно отметить следующие результаты:

- улучшение навыков самоконтроля, сглаживание негативных личностных реакций и особенностей;
- развитие личностных качеств для успешной интеграции в общество;
- раскрытие способностей и последующая возможность их развития и применения в повседневной жизни;
- успешное проведение трудовой производственной адаптации.

С 2021 года во взаимодействии с ресурсным учебно-методическим центром по обучению инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – РУМЦ РязГМУ) организовано обучение получателей услуг ГБУ РО «Центр социальной реабилитации инвалидов» по адаптированной дополнительной общеразвивающей программе для людей с ментальными нарушениями «Уход родственников за инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья» (далее – программа).

Все кандидаты проходят отбор для участия в программе по обучению навыкам родственного ухода по критериям, разработанным РУМЦ РязГМУ в соответствии с требованиями к целевой группе. При осуществлении гибкого подбора в программу людей с ментальными особенностями учитываются:

- уровень интеллектуального развития/недоразвития;
- степень физической и психологической автономности;
- уровень развития социально-бытовых навыков;
- уровень развития социально-средовых навыков;
- наличие в прошлом опыта самостоятельного проживания;
- рекомендации ИПРА.

Специалисты ГБУ РО «Центр социальной реабилитации инвалидов», провели предварительную работу по формированию мотивации участников проекта к обучению и дальнейшей работе, подготовили психолого-педагогические характеристики.

Обучающиеся осваивают навыки, необходимые для выполнения манипуляций по уходу за пожилыми людьми. По итогам обучения специалистами РУМЦ РязГМУ оценивается способность и возможность обучающихся оказывать уход в домашних, полустационарных или стационарных условиях.

По замыслу проекта после окончания обучения будет сформирован индивидуальный трудовой маршрут обучающегося с учетом его личностных, физических, интеллектуальных возможностей.

**Информация об авторах:** Е.В. Гришкова, [elena-grishkova@yandex.ru](mailto:elena-grishkova@yandex.ru), И.О. Бурлакова, [burlakovaya1997@gmail.com](mailto:burlakovaya1997@gmail.com)

**Information about the authors:** Elena V. Grishkova, [elena-grishkova@yandex.ru](mailto:elena-grishkova@yandex.ru), Irina O. Burlakova, [burlakovaya1997@gmail.com](mailto:burlakovaya1997@gmail.com)

### **Социальная служба «Микрореабилитационный центр» – технология социальной реабилитации детей-инвалидов в семье на территории Волгоградской области**

**О.В. Козачек, Е.В. Супрун, О.А. Назарова**

Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания  
«Тракторозаводский центр социального обслуживания населения»,  
г. Волгоград, 400125, Россия

**Аннотация.** Обоснована актуальность комплексной непрерывной помощи семьям с детьми-инвалидами, представлен опыт функционирования социальной службы «Микрореабилитационный центр», раскрыта специфика создания реабилитационного пространства и оказания социальных услуг, направленных на реабилитацию ребенка по месту его проживания.

**Ключевые слова:** реабилитация, дети-инвалиды, социальные услуги, реабилитационное пространство, социальная служба «Микрореабилитационный центр».

### **Social service "Microrehabilitation Center" as a technology of social rehabilitation of disabled children in the family on the territory of the Volgograd region**

**Olga V. Kozachek, Elena V. Suprun, Olga A. Nazarova**

State budgetary institution of social service "Traktorzavodsky center of social service of the population", Volgograd, 400125, Russia

**Abstract.** The relevance of comprehensive continuous assistance to families with disabled children is indicated, the experience of the functioning of the social service "Microrehabilitation Center" is presented, the specifics of creating a rehabilitation space and providing rehabilitation services at home are revealed.

**Keywords:** rehabilitation, disabled children, social services, rehabilitation space, social service "Microrehabilitation Center".

*Актуальность исследования.* Анализ данных Федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов» позволяет сделать вывод о том, что в нашей стране наметилась тенденция увеличения числа детей с установленной инвалидностью: если на 01.01.2018 г. в России насчитывалось 651 тыс. детей-инвалидов, на 01.01.2020 г. – 688 тыс., то к 01.01.2022 г. этот показатель достиг 729 тыс. человек [8]. Данные показатели говорят о необходимости расширения форм работы по организации реабилитации и абилитации детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, направленной на создание благоприятных условий и равных возможностей

для обеспечения их прав на образование, всестороннее развитие и самореализацию, успешную интеграцию в жизнь общества.

Семьи, воспитывающие детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, нередко сталкиваются с рядом проблем, препятствующих обеспечению непрерывного процесса комплексной реабилитации ребенка:

во-первых, отдаленность места проживания семьи от учреждений реабилитации, недостаточная доступность и ограниченные возможности семьи в транспортировке ребенка до центра оказания социальной помощи;

во-вторых, специфика состояния здоровья детей-инвалидов и детей с ОВЗ, для которых затруднено получение социальных услуг в полустационарной форме;

в-третьих, сложное материальное положение, затрудняющее приобретение необходимого реабилитационного оснащения, а также игрового и развивающего оборудования для использования в домашних условиях;

в-четвертых, низкий уровень информированности семей в вопросах реабилитации и абилитации детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья. Так, проводимое ежегодно на базе реабилитационного отделения для детей и подростков с ограниченными возможностями государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Тракторозаводский центр социального обслуживания населения» (далее – реабилитационное отделение, ГБУ СО «Тракторозаводский ЦСОН», центр) анкетирование родителей показало, что они больше всего нуждаются в информации о диагнозе ребенка, прогнозе, лечении, медицинском, терапевтическом, обучающем вмешательстве. Именно эти вопросы стояли на первых местах рейтинга родительских потребностей;

в-пятых, ограниченность личностных ресурсов родителей (законных представителей) для выполнения реабилитационных мероприятий в связи с их особенностями, вызванными длительным уходом за больным ребенком. Переживания, выпавшие на долю матери «особенного» ребенка, часто превышают уровень переносимых психологических нагрузок, что проявляется в виде психосоматических, астенических и вегетативных расстройств [2, с. 2-4].

В 2018 году на базе реабилитационного отделения ГБУ СО «Тракторозаводский ЦСОН» было проведено исследование в рамках реализации грантового проекта «Радость материнства» [3], при грантовой поддержке Благотворительной организации Фонд «Центр социальных программ». Оно показало, что матери, воспитывающие детей с особенностями развития, склонны к обесцениванию себя, своих потребностей, пытаются «отгородиться» от собственных переживаний, имеют высокий уровень ситуативной и личностной тревожности, бессознательные страхи по поводу событий, связанных с будущим, нарушенные семейные границы, неудовлетворенность возможностями своей самореализации в профессии, потребность в более адекватной социализации в обществе, различный уровень принятия или отвержения своих детей [1, с. 87-88]. Стоит отметить, что в современном обществе процесс реабилитации ребенка-инвалида опирается на семейно-центрированный подход, где семья рассматривается как один из наиболее важных факторов, влияющих на успешность его социализации и развития. В связи с этим встает вопрос об оказании помощи и поддержки родителей, их обучении, повышении родительской компетентности в вопросах абилитации и реабилитации ребенка с ограниченными возможностями, в том числе с установленной инвалидностью.

*Постановка проблемы исследования.* В Волгоградской области на 01.10.2022 г. проживает 8860 детей с установленной инвалидностью [8]. Практическая актуальность проблемы, высокая значимость оказания комплексной непрерывной помощи детям-инвалидам, разработанная и утвержденная во исполнение поручений Президента Российской Федерации В.В. Путина «Концепция развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года» [5], сделали актуальным разработку и внедрение новых научно доказанных, доступных, эффективных и безопасных технологий реабилитации.

К их числу можно отнести социальную службу «Микрореабилитационный центр», которая направлена на организацию реабилитационного пространства на дому для обеспечения реализации краткосрочных программ реабилитации и абилитации детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе принятых в замещающие семьи; обучение родителей (законных представителей) использованию реабилитационного оборудования и повышения их компетентности в вопросах комплексной реабилитации и абилитации детей.

*Решение проблемы исследования.* Социальная служба «Микрореабилитационный центр» на территории Волгоградской области начала функционировать с апреля 2021 г. как приемник технологии «Домашний микрореабилитационный центр», осуществляющий свою деятельность в рамках «Комплекса мер по развитию технологий, альтернативных предоставлению услуг в стационарной форме социального обслуживания детям-инвалидам и детям с ограниченными возможностями здоровья, включая организацию сопровождаемого проживания на территории Волгоградской области» [4], при грантовой поддержке Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. В ходе реализации комплекса мер, технология «Домашний микрореабилитационный центр» апробирована на базе двух государственных организаций социального обслуживания населения Волгоградской области. В целях развития сети домашних микрореабилитационных центров и внедрения работы в данном направлении на постоянной основе с использованием различных организационных форм в 2021 г. на базе пяти учреждений социального обслуживания, подведомственных комитету социальной защиты населения Волгоградской области открыты социальные службы «Микрореабилитационный центр» (далее – МРЦ).

Одним из учреждений, имеющих в своем составе социальную службу МРЦ, является ГБУ СО «Тракторозаводский ЦСОН». Учреждение является грантополучателем Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, по данному направлению. Реализация проекта позволила не только создать на базе учреждения подобную службу, но и обеспечить ее материально-техническое и методическое оснащение.

*Цель работы* социальной службы – создание реабилитационной и коррекционно-развивающей среды в домашних условиях, способствующей компенсации ограничений жизнедеятельности, социализации и гармоничному развитию ребенка-инвалида в семье.

*Задачами* службы являются:

- повышение доступности предоставления социальных услуг семьям с детьми с ограниченными возможностями и детьми-инвалидами, в том числе с множественными нарушениями развития;
- организация реабилитационного пространства по месту проживания для обеспечения реализации краткосрочных программ реабилитации и абилитации детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, выдача в прокат игрового и реабилитационного оборудования при необходимости;
- обучение родителей (законных представителей) использованию реабилитационного оборудования и повышение их компетентности в вопросах комплексной реабилитации и абилитации детей.

Специфика деятельности социальной службы МРЦ.

Во-первых, комфортное пространство реабилитации. Коррекционно-развивающие занятия проходят в домашней обстановке, с сохранением привычного окружения для ребенка, что способствует снижению у него тревожности и психоэмоционального напряжения. Снимается организационный вопрос о необходимости транспортировки ребенка со множественными нарушениями до учреждения социального обслуживания.

Во-вторых, обеспечение реабилитационным оборудованием. Одним из главных условий создания оптимальной реабилитационной среды в домашних условиях является обеспечение ребенка необходимым реабилитационным оборудованием, которое выдается семье ребенка-инвалида в прокат на основании договора безвозмездного временного пользования: трехколесные реабилитационные велосипеды для детей с ДЦП, имитатор ходьбы, динамические



вертикализаторы, массажные коврики, ортопедические стулья для детей с ДЦП, деревянные панели-лабиринты, бизикубы, музыкальные звуковые панели и др. Использование реабилитационного и игрового оборудования в домашних условиях позволяет сделать каждое занятие не только увлекательным и интересным, но и эффективным, запоминающимся, обеспечивает комплексность и непрерывность процесса реабилитации.

В-третьих, учет возрастных и индивидуальных возможностей ребенка и семьи. Большое внимание уделяется точности и качеству проводимой диагностической работы, на основе которой планируется, осуществляется и корректируется реабилитационная работа с семьей. Для изучения реабилитационных возможностей семьи специалисты проводят диагностику, направленную на изучение детско-родительских отношений, родительских установок. При первой встрече с семьей проводится беседа с родителями ребенка, заполняется первичная анкета, составляется социальная характеристика семьи, далее разрабатывается план работы с семьей, который включает консультативную помощь, обучение родителей навыкам общения, воспитания и развития ребенка. Контроль за изменениями, происходящими в семье, результаты работы с ней отслеживаются при помощи промежуточной анкеты. По завершении курса реабилитации проводится оценка эффективности работы специалистов с ребенком для мониторинга результатов реабилитационных мероприятий, корректировки индивидуальной программы. Для родителей предусмотрена промежуточная анкета оценки своего состояния в результате работы со специалистами социальной службы МРЦ. Отдельно по каждому направлению оказываемых социальных услуг представлена профессиональная батарея диагностических средств, используемых в работе специалистов службы.

В-четвертых, комплексность реабилитационного процесса. Поставленные задачи решаются через организацию комплексной реабилитационной работы специалистами социальной службы и оказание детям и их родителям социально-бытовых, социально-медицинских, социально-психологических, социально-педагогических, социально-правовых услуг и услуг в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, предусмотренных индивидуальной программой получения социальных услуг, выданной ребенку и его родителю (законному представителю) центром социальной защиты населения по месту проживания ребенка.

В-пятых, непрерывность реабилитационного процесса обеспечивается через привлечение значимых других к социальной реабилитации ребенка. В рамках работы МРЦ именно родители рассматриваются как соратники, основные исполнители значительной части реабилитационных мероприятий. Поэтому значительную часть работы специалисты проводят с семьей. Родители получают консультативную помощь по социально-медицинским, социально-правовым, социально-психологическим и социально-педагогическим вопросам. Консультации проводятся как в очном, так и дистанционном формате. Близкие взрослые принимают активное участие в занятиях с детьми, в ходе занятий взрослые учатся лучше понимать потребности своих детей.

Кроме того, специалисты социальной службы МРЦ проводят различные мероприятия, направленные на повышение родительской компетентности в вопросах воспитания и обучения своего ребенка для повышения качества его жизни. С целью повышения эффективности такой работы мероприятия имеют различный формат. Это и обучающие семинары, мастер-классы (например: «Хорошая разминка – здоровый организм», «Техника выполнения комплекса упражнений коррекции спастичности мышц сгибателей верхних и нижних конечностей»), работа психологической гостиной. Специально для родителей подготовлены обучающие печатные и видеоматериалы (например: «Рекомендации родителям по развитию зрительно-моторной координации у детей с ДЦП»; «Развитие внимания у детей с нарушением опорно-двигательного аппарата и ДЦП»; «Игры, способствующие развитию мелкой моторики, точности и координации движения»; «Социальная адаптация детей с особенностями развития» и т.д.).

Кроме того, активно развиваются сообщества в социальных сетях для размещения актуальной и полезной информации, а также неформального общения родителей.

*Результаты работы.* Несмотря на непродолжительный период функционирования данной службы, были достигнуты определенные результаты. Так, ГБУ СО «Тракторозаводский ЦСОН» в октябре 2021 года получил статус базового учреждения по направлению «Социальная служба «Микрореабилитационный центр». Это позволяет осуществлять методическое сопровождение деятельности специалистов социальных служб МРЦ на территории Волгоградской области.

Специалисты учреждения прошли обучение на базе профессиональной стажировочной площадки ГАУ СО Московской области «Комплексный центр социального обслуживания и реабилитации «Журавушка» по программе «Практические аспекты реализации программы детей-инвалидов с тяжелыми формами заболеваний – «Домашний микрореабилитационный центр». Реализуя план работы базового учреждения, специалисты реабилитационного отделения для детей и подростков с ограниченными возможностями ГБУ СО «Тракторозаводский ЦСОН» анализируют и обобщают опыт работы всех социальных служб учреждений социального обслуживания находящихся на территории Волгоградской области, проводят рабочие совещания, информационно-методические семинары и мастер-классы для специалистов этих учреждений. Особое внимание уделяется и психологическому здоровью самих специалистов, работающих в социальных службах МРЦ Волгоградской области. Для них в сентябре 2022 года было проведено мероприятие, направленное на профилактику эмоционального выгорания.

Кроме того, для специалистов социальных служб на сайте центра размещены методические материалы, содержащие рекомендованные диагностические методики для детей; особенности проведения занятий по адаптивной физической культуре для детей со спастической диплегией (коррекционно-развивающая гимнастика); материалы для проведения комплексной диагностической работы специалистов социальной службы для заполнения диагностической карты ребенка и работы с родителями.

Результаты работы социальной службы представлены на различных площадках, таких как: Всероссийская научно-практическая конференция «Микрореабилитационный центр» – новый формат оказания поддержки семьям, воспитывающим детей с различными особенностями развития»; XIII Всероссийский форум «Вместе – ради детей! Доступная и качественная помощь». Также социальная служба «Микрореабилитационный центр» стала призером регионального этапа Всероссийского конкурса профессионального мастерства в сфере социального обслуживания в номинации «Лучшая практика развития стационарозамещающих технологий помощи детям-инвалидам».

Анализ работы социальных служб «Микрореабилитационный центр» в Волгоградской области показал, что за девять месяцев 2022 года в социальных службах «Микрореабилитационный центр» на территории Волгоградской области социальные услуги получили 162 человека, специалистами служб оказано более 7500 социальных услуг. Самыми востребованными являются социально-педагогические услуги и социально-психологические услуги.

При организации работы социальной службы оказание помощи и поддержки детям и родителям осуществляется не только специалистами социальной службы. Ведется активное сотрудничество с волонтерскими организациями города Волгограда и Волгоградской области. Так, например студенты-добровольцы ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный социально-педагогический университет» с удовольствием участвуют во встречах с семьями детей, организуют интересный досуг, сотрудничают со специалистами службы, повышают свою профессиональную квалификацию [7].

Проведение мониторинга показало высокую эффективность осуществляемой работы в рамках социальной службы МРЦ (позитивные изменения в физическом, психическом, образовательном развитии детей, улучшение психоэмоционального состояния детей и взрослых) и доказало ее востребованность для семей, воспитывающих детей-инвалидов. Есть

основания полагать, что деятельность социальной службы «Микрореабилитационный центр» позволяет перевести помощь и поддержку детей-инвалидов с множественными нарушениями, а также их родителей на качественно новый уровень, обеспечивать им доступность социальных услуг, комплексность и непрерывность реабилитационной работы.

#### Библиографический список

1. Козачек, О.В. Психологические особенности матерей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья / О.В. Козачек, О.Д. Банченко. – Текст : электронный // Электронный научно-образовательный журнал ВГСПУ «Грани познания». – N 1(72). – 26 февраля 2021. – URL: <http://grani.vspu.ru/files/publics/1615015473.pdf> (дата обращения: 01.11.2022).

2. Левченко, И.Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии : методическое пособие / И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева. – М., 2008. – URL: [https://www.phantastike.com/family\\_therapy/help\\_family/html/](https://www.phantastike.com/family_therapy/help_family/html/) (дата обращения: 08.11.2022). – Текст : электронный.

3. Назарова, О.А. Проект программы «Радость материнства» : комплексная поддержка женщин, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья / О.А. Назарова, О.В. Козачек, Ю.А. Ежкова, Е.В. Алдашкина, Д.А. Тихонина. – Текст : непосредственный // 1917–2017 : уроки столетия. От культурно-нравственного распада к культурно-нравственному возрождению : материалы I Арсеньевских чтений – регионального этапа XXV международных рождественских образовательных чтений : 1917–2017 : уроки столетия (г. Волгоград – Урюпинск – Фролово, 15–16 нояб. 2016 г.). – Волгоград : ПринТерра-Дизайн, 2018. С. 217-224.

4. Об утверждении комплекса мер по развитию технологий, альтернативных предоставлению услуг в стационарной форме социального обслуживания детям-инвалидам и детям с ограниченными возможностями здоровья, включая организацию сопровождаемого проживания на территории Волгоградской области : приказ от 10.02.2020 Комитета социальной защиты населения Волгоградской области N 232 ; Комитета образования, науки и молодежной политики Волгоградской области N 88 ; Комитета здравоохранения Волгоградской области N 213 ; Комитета по труду и занятости населения Волгоградской области N 62. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/561752425> (дата обращения: 09.12.2022). – Текст : электронный.

5. **Российская Федерация. Распоряжения.** Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года : распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2021 N 37711-р. – URL: <http://static.government.ru/media/files/xjgGMUIASodvh3c8R4hAqxEEDgtFdM2g.pdf> (дата обращения: 07.11.2022). – Текст : электронный.

6. Россия в цифрах. 2020: Крат. стат. сб. / Росстат – 2020. – URL: [https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/GOyirKPV/Rus\\_2020.pdf](https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/GOyirKPV/Rus_2020.pdf) (дата обращения: 15 декабря 2020). – Текст : электронный.

7. Студенты-волонтеры ВГСПУ организовали мероприятия Международному дню инвалидов. – URL: <https://vspu.ru/node/32245> (дата обращения: 3 декабря 2021). – Текст : электронный.

8. Федеральная государственная информационная система «Федеральный реестр инвалидов». – URL: <https://sfri.ru/> (дата обращения: 30 октября 2022). – Текст : электронный.

**Информация об авторах:** О.В. Козачек – канд. психол.наук, доцент, [kozachek@yandex.ru](mailto:kozachek@yandex.ru), Е.В. Супрун, [superanel12@mail.ru](mailto:superanel12@mail.ru), О.А. Назарова, [concordia34@yandex.ru](mailto:concordia34@yandex.ru)

**Information about the authors:** Olga V. Kozachek – Candidate of Psychological Sciences, Associate professor, [kozachek@yandex.ru](mailto:kozachek@yandex.ru), Elena V. Suprun, [superanel12@mail.ru](mailto:superanel12@mail.ru), Olga A. Nazarova, [concordia34@yandex.ru](mailto:concordia34@yandex.ru)

## **Микрореабилитационный центр как звено непрерывного реабилитационного процесса**

**З.А. Григорьева, Е.В. Шафейкина, О.Ф. Елахова, О.П. Борцова**

Бюджетное учреждение Чувашской Республики «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» Министерства труда и социальной защиты Чувашской Республики, г. Чебоксары, 428024, Россия

**Аннотация.** В статье дано обоснование актуальности создания специализированных социальных служб, оказывающих помощь детям и семьям с детьми, находящимся в трудной жизненной ситуации.

**Ключевые слова:** Микрореабилитационный центр, комплексная реабилитация, дети-инвалиды, дети с ограниченными возможностями, социальная служба.

## **Microrehabilitation Center as a link in the continuous rehabilitation process**

**Zoya G. Grigorieva, Elena V. Shafeikina, Olga F. Yelakhova, Olesya P. Borzova**

Budgetary institution «Rehabilitation Center for children and Adolescents with disabilities» of the Ministry of Labor and Social Protection of the Chuvash Republic, Cheboksary, 428024, Russia

**Abstract.** In this article, a brief justification of the relevance of the creation of specialized social services that provide assistance to children and families with children in difficult life situations.

**Key words:** Microrehabilitation center, comprehensive rehabilitation, disabled children, children with disabilities, social service.

Решение проблем качества жизни инвалидов должно быть одним из приоритетных направлений социальной политики государства, подписавшего Конвенцию ООН «О правах инвалидов», в рамках которой государство обязуется «обеспечивать и поощрять полную реализацию всех прав человека и основных свобод всеми инвалидами без какой бы то ни было дискриминации по признаку инвалидности [1]. В связи с этим главной задачей становится организация среды и пространства, где ребенок сможет своевременно получить необходимый комплекс мероприятий, направленных на полноценную реабилитацию. Для решения этой задачи в Чувашской Республике создана социальная служба «Микрореабилитационный центр «Круг».

Создание социальной службы «Микрореабилитационный центр «Круг» осуществлено в рамках реализации проекта на базе Бюджетного учреждения Чувашской Республики «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» Министерства труда и социальной защиты Чувашской Республики (далее – БУ «Реабилитационный центр для детей» Минтруда Чувашии). Проект «Мобильный микрореабилитационный центр «Круг» стал одним из победителей в конкурсном отборе инфраструктурных проектов по созданию специализированных социальных служб, оказывающих помощь детям и семьям с детьми, находящимся в трудной жизненной ситуации по конкурсному направлению: «Организация деятельности социальной службы «Микрореабилитационный центр».

Цель проекта: улучшение качества жизни, обеспечение доступности и непрерывности реабилитационных услуг (медицинская и социально-педагогическая реабилитация) для детей-инвалидов, в том числе детей с тяжелыми множественными нарушениями развития, в местах их проживания, не имеющих возможность регулярно посещать БУ «Реабилитационный центр для детей» Минтруда Чувашии.

Задачи проекта:

1. Организовать работу мобильного «микрореабилитационного центра», обеспечивающего на дому (в местах проживания), в «кабинетах реабилитации» социальных учреждений (соисполнителей проекта), для выполнения краткосрочных программ комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в привычной для ребенка благоприятной домашней атмосфере.

2. Обеспечить повышение профессиональных компетенций специалистов, занятых в сфере оказания реабилитационных, услуг детям целевой группы.

3. Оказывать консультативную помощь родителям (законным представителям) детей-инвалидов.

4. Обучить родителей (законных представителей) использованию реабилитационного оборудования и повысить их компетентность в вопросах комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов.

5. Организовать сетевое профессиональное взаимодействие специалистов.

Целевые группа проекты:

– дети-инвалиды (в том числе дети с тяжелыми множественными нарушениями развития) – 60 человек;

– законные представители детей-инвалидов – 40 человек.

Соисполнителями проекта являются:

1. Подведомственные Минтруду Чувашии учреждения социальной защиты населения, предоставляющие площадки (кабинет реабилитации) для оказания реабилитационных услуг, содействующие службе «Мобильная бригада», осуществляющей выезды в районы Чувашской Республики:

– БУ «Алатырский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних» Минтруда Чувашии;

– БУ «Шумерлинский комплексный центр социального обслуживания населения» Минтруда Чувашии;

– БУ «Канашский комплексный центр социального обслуживания населения» Минтруда Чувашии;

– БУ «Цивильский центр социального обслуживания населения» Минтруда Чувашии.

2. Чувашское региональное отделение общероссийского общественного благотворительного фонда «Российский Детский Фонд» (ЧРОООБФ «Российский Детский Фонд»), оказывающее благотворительную помощь.

Основные технологии, реализуемые в проекте:

1. Домашний микрореабилитационный центр, в том числе, дистанционное сопровождение (консультирование).

2. Выездной микрореабилитационный центр.

3. Социальная служба «Кабинет реабилитации».

«Домашний микрореабилитационный центр» – технология адресного оказания реабилитационных услуг семьям целевой группы (дети-инвалиды), проживающим в г. Чебоксары, с плановым выездом на дом бригады специалистов, а также дистанционное сопровождение семей. Специалисты не только оказывают реабилитационные услуги на дому, но и обучают законных представителей уходу за ребенком, проводят с ними индивидуальные консультации. Обучение родителей проведению процедур и упражнений с ребенком призвано решить важную задачу осуществления реализации реабилитации детей-инвалидов на территории Чувашской Республики как непрерывного, системного процесса.

Дистанционное консультирование – это взаимодействие семьи, воспитывающей ребенка-инвалида, ребенка с ограниченными возможностями и специалистов с применением информационных и телекоммуникационных технологий по вопросам развития ребенка, коррекции выявленных нарушений, реабилитации, оказания мер социальной поддержки.

Дистанционное консультирование проводится индивидуально (семья с ребенком и/или специалист) или с группой (не более 7 человек); осуществляется с помощью программы Skype (или ее аналогов).

Всего выполнено 25 выездов, охвачено 20 семей, воспитывающих 20 детей-инвалидов. В рамках дистанционного сопровождения было проведено 122 консультации законных представителей, 160 занятий педагогами-психологами, 135 – логопедами, 50 – Монтессорипедагогами, 85 – инструкторами по труду, 153 – социальными педагогами.

«Выездной микрореабилитационный центр» предназначен для оказания адресной комплексной реабилитационной помощи детям-инвалидам и детям с ограниченными возможностями и семьям, их воспитывающим, живущих отдаленно от г. Чебоксары, в районах республики и не имеющих возможности очного посещения БУ «Реабилитационный центр для детей» Минтруда Чувашии. Данная форма предусматривает выезд бригады специалистов в социальные учреждения, подведомственные Минтруда Чувашии и являющиеся соисполнителями проекта.

Бригада в составе специалиста по социальной работе, врачей-специалистов, педагогов (педагогов-психологов, логопедов и социальных педагогов) выполнила 16 выездов, охвачено 40 семей, воспитывающих 40 детей-инвалидов. Было проведено: 102 консультации законных представителей, 56 консультаций специалистов учреждений – соисполнителей проекта, 85 занятий педагогами-психологами, 48 занятий логопедами, 88 занятий социальными педагогами, 45 занятий инструкторами по труду. Занятия специалистами проводились в соответствии с разработанными индивидуальными реабилитационными маршрутами.

Социальная служба «Кабинет реабилитации» – создание на базе социальных учреждений (соисполнителей проекта) «Кабинетов реабилитации» для оказания социальных и реабилитационных услуг детям-инвалидам и семьям, их воспитывающим, не имеющим возможность принимать у себя дома специалистов. Услуги оказываются как в индивидуальной, так и в групповой формах.

В «Кабинеты реабилитации» на период реализации проекта было передано в аренду оборудование, в том числе: массажер для ног, портативный велотренажер для рук, аппарат для магнитотерапии «Маг-30», педальный тренажер с электродвигателем, эспандер реабилитационный для восстановительных упражнений, планшет для рисования песком с цветной подсветкой, чемоданчик психолога, тактильная дорожка, тактильные наборы, настенный модуль для развития стереогностического чувства.

Услуги детям-инвалидам на базе данных кабинетов оказывают специалисты разного профиля: врачи, специалисты по социальной работе, педагоги (педагоги-психологи, логопеды, инструкторы по труду и социальные педагоги).

В «Кабинетах реабилитации» социальных учреждений обеспечивается выполнение краткосрочных программ комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья в благоприятной для ребенка атмосфере. Всего 25 детей целевой группы прошли краткосрочные программы реабилитации в благоприятных для ребенка условиях, приближенных к месту проживания. Занятия проводятся преимущественно в групповой форме, в каждой группе – не более 3 детей.

При проведении комплексной диагностики детей целевой группы используются следующие методики:

- «Шкала оценки моторных функций (GMFCS)».

GMFCS – международная система классификации моторных функций пациентов с ДЦП старше двух лет, которая оценивает общую функциональную активность пациента в привычной для него среде и степень ее ограничения. Принципиально важно, что оценивается именно повседневный уровень активности, а не максимально возможный, демонстрируемый только во время исследования;

- «Система классификации мануальных способностей (MACS)».

Система классификации мануальных способностей для детей и подростков с ограниченными возможностями – это шкала, которая позволяет оценивать способности операций с предметами у детей с ограниченными возможностями (детей с ДЦП) в повседневной жизни. Каждый уровень шкалы MACS дает описание повседневных действий ребенка дома и вне дома (например, в школе), что позволяет с точностью оценить уровень деятельности не одной из рук, а обеих рук в повседневной жизни;

– «Система классификации коммуникационных функций (CFCS)».

Цель системы классификации коммуникативных функций (СККФ) – классифицировать повседневное качество общения индивидуума, соотнеся его с одним из пяти уровней классификации. СККФ использует уровни активности и участия, описанные ВОЗ в Международной классификации функционирования (МКФ);

– «Функциональная шкала двигательной активности (FMS)».

Скрининг функциональными движениями (FMS) – набор из нескольких физических тестов координации и силы. FMS разработана американскими физиотерапевтами Греем Куком и Ли Бартоном и широко применяется в системе спортивной медицины США.

Шкала оценки моторных функций (GMFCS) и функциональная шкала двигательной активности (FMS) использовались специалистами для оценки общей функциональной активности ребенка в привычной для него среде и степень ее ограничения; система классификации мануальных способностей (MACS) использовалась для оценки способности операций с предметами у детей в повседневной жизни; система классификации коммуникационных функций (CFCS) – для оценки повседневного качества общения ребенка.

В рамках повышения компетентности законных представителей, воспитывающих детей-инвалидов и специалистов социальных учреждений проводились обучающие занятия, в том числе обучающий онлайн-семинар «Создание доступной среды в домашних условиях», охвачено 30 законных представителей и 5 специалистов; онлайн-семинар «Креативная среда по методике Монтессори», охвачено 43 законных представителя и 7 специалистов.

Большое внимание уделялось обучению специалистов. Всего было обучено 9 специалистов БУ «Реабилитационный центр для детей» Минтруда Чувашии (далее – учреждение), в том числе 3 специалиста по программе «Домашний микрореабилитационный центр», 3 специалиста по программе «Выездной микрореабилитационный центр», 1 специалист по программе «Практическое применение международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в медицинской реабилитации детей и подростков для специалистов немедицинского профиля», 2 специалиста по программе «Практическое применение МКФ медицинской реабилитации детей и подростков ДОТ».

Ключевые результаты реализации проекта:

– в учреждении создана система безбарьерного и непрерывного сопровождения детей-инвалидов в рамках службы «Микрореабилитационный центр», внедрены современные технологии работы: «Домашний микрореабилитационный центр», «Выездной микрореабилитационный центр», «Кабинет реабилитации»;

– внедрены современные диагностические методики: Шкала оценки моторных функций (GMFCS), функциональная шкала двигательной активности (FMS), система классификации мануальных способностей (MACS), система классификации коммуникационных функций (CFCS) для оценки повседневного качества общения ребенка;

– специалисты учреждения прошли обучение по направлениям реабилитологии, психологии и логопедии;

– законные представители обучены в вопросах развития и воспитания детей с особыми потребностями, и создания для них развивающей среды в домашних условиях;

– специалисты социальных учреждений ознакомились с опытом реализации проекта.

В дальнейшем планируется развитие работы службы «Микрореабилитационный центр» путем расширения географии реализации проекта на другие районы Чувашской Республики,

имеющие потребность в данных услугах. Также считаем целесообразным открытие и оснащение на базе социальных учреждений «Кабинетов реабилитации» необходимым оборудованием и обучение специалистов учреждений навыкам работы с семьями данной категории, что будет способствовать повышению качества услуг, их доступности и непрерывности реабилитационных мероприятий, повышению компетентности родителей или иных лиц, осуществляющих уход за ребенком, что в конечном итоге должно содействовать успешной социальной интеграции ребенка в общество.

### **Библиографический список**

1. Конвенция о правах инвалидов : офиц. текст. – КПИ ООН, 2006. – URL: [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/disability.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml), свободный (дата обращения: 13.10.2022). – Текст : электронный.

**Информация об авторах:** З.А. Григорьева, [rgucentr@yandex.ru](mailto:rgucentr@yandex.ru), Е.В. Шафейкина, [rgucentrzam1@yandex.ru](mailto:rgucentrzam1@yandex.ru), О.Ф. Елахова, [zamdcentr@yandex.ru](mailto:zamdcentr@yandex.ru), О.П. Борцова – канд. биол. наук, [bolesya83@rambler.ru](mailto:bolesya83@rambler.ru)

**Information about the authors:** Zoya G. Grigorieva, [rgucentr@yandex.ru](mailto:rgucentr@yandex.ru), Elena V. Shafeikina, [rgucentrzam1@yandex.ru](mailto:rgucentrzam1@yandex.ru), Olga F. Yelakhova, [zamdcentr@yandex.ru](mailto:zamdcentr@yandex.ru), Olesya P. Borzova – Candidate of Biological Sciences, [bolesya83@rambler.ru](mailto:bolesya83@rambler.ru)

## **Инновационные реабилитационные технологии как средство социализации дошкольников с интеллектуальной недостаточностью**

**К.М. Дмитриева**

Ленинградское областное государственное бюджетное учреждение «Гатчинский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Дарина», г. Гатчина, 188300, Россия

**Аннотация.** В ходе реабилитации одной из главных задач на сегодняшний день является социализация детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Это обусловлено тем, что овладение социальными компетенциями напрямую влияет на дальнейшую возможность школьного обучения ребенка, к которому стремятся родители детей с интеллектуальными нарушениями. В решении данного вопроса многие исследователи отмечают противоречия между учетом ведущей деятельности детей данного возраста, их индивидуальных особенностей и необходимостью освоения ими социальных норм, образцов поведения. В современном мире появляются новые технологии, в связи с чем была поставлена цель определить эффективные инновационные технологии, которые помогут реализовать процесс социализации дошкольников с интеллектуальной недостаточностью в ходе реабилитации. Было определено, что в процессе социализации подразумевается, что дошкольник не только приспосабливается к социуму, но и учится обособляться в нем, выражая свое «Я», проявляя свою творческую инициативу. Это, а также индивидуальные особенности, которые характерны для детей с интеллектуальной недостаточностью, например, низкая познавательная активность, неустойчивая эмоционально-волевая сфера, недостаточность сформированности процессов регуляции и саморегуляции, преобладание «игровых интересов» учитывались при выборе технологий. Были выделены следующие инновационные технологии: библиотерапия, сказкотерапия, имаготерапия, мульттерапия, компьютерные технологии. Применяемые инновационные технологии позволили дошкольником творчески выражать себя, взаимодействовать с другими участниками процесса, чувствовать себя увереннее в выражении своего мнения в социуме, а также помимо этого, выработать мотивацию к занятиям, способы саморегуляции.

**Ключевые слова:** инновационные реабилитационные технологии, дошкольники с интеллектуальной недостаточностью, социализация, сказкотерапия, библиотерапия, компьютерные технологии в специальной педагогике.



## **Innovative rehabilitation technologies as a way of socialization of preschoolers with intellectual disabilities**

**Ksenia M. Dmitrieva**

Leningrad region State Institution Gatchina's rehabilitation centre 'Darina' for the children and adolescents with special needs, Gatchina, 188300, Russia

**Abstract.** During rehabilitation, one of the main tasks today is the socialization of children with disabilities. This is because the acquisition of social competencies directly affects the further possibility of school education of a child, which parents of children with intellectual disabilities strive for. In solving this issue, many researchers note contradictions between considering the leading activities of children of this age, their individual characteristics and the need for them to master social norms, patterns of behavior. New technologies are emerging in the modern world, and therefore the goal was set to identify effective innovative technologies that will help implement the process of socialization of preschoolers with intellectual disabilities during rehabilitation. It was determined that in the process of socialization it is implied that a preschooler not only adapts to society, but also learns to separate themselves from it, expressing their "I", showing their creative initiative. This, as well as individual characteristics that are characteristic of children with intellectual disabilities, for example, low cognitive activity, unstable emotional-volitional sphere, insufficient formation of the processes of regulation and self-regulation, the predominance of "gaming interests" were taken into account when choosing technologies. The following innovative technologies were identified: bibliotherapy, fairy tale therapy, imagotherapy, cartoontherapy, computer technology. The applied innovative technologies allowed preschoolers to express themselves creatively, interact with other participants in the process, feel more confident in expressing their opinions in society, and in addition develop motivation for classes and ways of self-regulation.

**Key words:** innovative rehabilitation technologies, preschoolers with intellectual disabilities, socialization, fairy tale therapy, bibliotherapy, computer technologies in special pedagogy.

Социализация детей с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ) является одной из главных задач реабилитации. В современном мире социализации уделяется немало внимания – это средство взаимодействия, саморегуляции, адаптации и возможность творческой самореализации личности. Любая деятельность так или иначе связана с воспроизведением социального опыта и для дошкольников с ОВЗ овладение социальными компетенциями может стать затруднительным. В данном случае стоит говорить о некоторых противоречиях, которые были выявлены отечественными специалистами в вопросах социализации дошкольников с ОВЗ.

Ведущей деятельностью дошкольников является игра. В то же время именно в дошкольный период должны быть заложены основные ценности и нормы, соответствующие той или иной культуре, а также освоены определенные образовательные компетенции. Для родителей детей с особыми потребностями уже в дошкольном периоде важным становится подготовить ребенка к освоению школьной программы, они стремятся к овладению дошкольником знаний, умений и навыков, которые пригодятся в обучении. Но как можно эффективно готовиться к школе, если ребенок еще не готов учиться, а изъявляет желание играть, и, более того, не привык к социальному взаимодействию? Социальная депривация – нередкая ситуация для детей с ОВЗ в силу различных причин: недостаточно налаженная система мобильности для посещения занятий, затруднения в реализации инклюзивных программ и программ интеграции, недостаточное кадровое обеспечение, а также главная проблема, рассматриваемая в данном исследовании, – недостаточность эффективных современных технологий по социализации детей с ОВЗ.

В отечественной специальной дошкольной педагогике вопросами социального развития детей с интеллектуальной недостаточностью занимались К.С. Лебединская, В.И. Лубовский, Л.М. Шипицина и другие. Несмотря на богатый опыт предыдущих лет, стоит отметить, что современный мир ставит новые задачи по социализации детей, появляются новые способы и

технологии реализации данного процесса, а более старые методы уже не так привлекают детей, которые под влиянием технологического прогресса также меняются. Таким образом, *цель исследования* – определить эффективные инновационные технологии, которые помогут реализовать процесс социализации дошкольников с интеллектуальной недостаточностью в ходе реабилитации. В связи с этим была выдвинута гипотеза: социализация дошкольников с интеллектуальной недостаточностью в ходе реабилитации будет проходить эффективнее с использованием инновационных технологий, которые будут учитывать ведущую деятельность детей данной возрастной категории, а также побуждать их к творческому самовыражению, как одному из компонентов успешной социальной адаптации.

В данном исследовании использовались следующие методы: педагогическое наблюдение, анализ литературы по данной проблеме, интерпретационный метод.

Процесс социализации подразумевает под собой не только «приспособление человека к социуму», но и его обособление [5, с. 14]. В отношении дошкольников можно сказать, что успешным приспособлением является усвоение системы знаний, норм и ценностей, поведенческих моделей, присущих определенной культуре, обществу как таковому. Как проявляется в данном случае обособление? На сегодняшний день эта составляющая социализации понимается как умение ребенка отстаивать свою точку зрения, самостоятельно определять свои желания, потребности и заявлять о них, быть инициативным, способным проявлять свое творческое начало [2, с. 12].

В ситуации педагогического процесса мы можем часто наблюдать, что режимные моменты того или иного учреждения организуют деятельность детей таким образом, что не оставляет возможностей для свободного проявления своего «Я» детей с ОВЗ. Несомненно, стоит отметить, что есть и особенности психофизиологического развития детей с интеллектуальной недостаточностью, которые могут влиять на инициативность ребенка в социуме. К таким особенностям можно отнести: низкая познавательная активность, неустойчивая эмоционально-волевая сфера, недостаточность сформированности процессов регуляции и саморегуляции, преобладание «игровых интересов» [1, с. 43], недостаточность представлений об окружающем мире и незрелость мыслительных процессов [6, с.13], нарушение целенаправленной деятельности по причине быстрой истощаемости и сниженной работоспособности.

Помимо вышеперечисленного стоит учитывать и некоторые особенности социума, в котором предполагается социализация ребенка с ОВЗ, а именно возможные проблемы и характеристики детского коллектива, в который включается дошкольник. Определенно, комплексное взаимодействие специалистов дошкольного учреждения повышает шансы на эффективность применения технологий – воспитателям, педагогам дополнительного образования, дефектологам и логопедам, а также родителям стоит участвовать в различных видах работы с использованием инновационных технологий – это также влияет на мотивацию ребенка, а также приглашает его взаимодействовать в социуме не только со сверстниками.

Несомненно, подбор технологий, предполагающих реализацию социализации, должны учитывать возрастные, индивидуальные особенности ребенка, специфику структуры его дефекта. Например, в опыте работы многих специалистов, работающих с детьми с нарушениями интеллекта, отмечается затруднение получения и переработки информации, которая требует словесно-логического мышления [4, с. 35]. Это подводит нас к выводу о том, что выбор технологий напрямую зависит от доступности, понятности используемых материалов. Повышение мотивации к социальному взаимодействию также формирует запрос на применение интересных, увлекательных и творческих технологий, которые смогут захватить внимание дошкольника и поспособствовать его творческой инициативе.

Значит ли это, что технологии, базирующиеся на различных видах работы с текстами или же на реализации речевых компетенций детей с интеллектуальной недостаточностью будут неэффективны? Опыт работы показывает, что это совсем не так: при правильном подборе речевого материала, ориентировки на уровень познавательного и речевого развития

дошкольника можно осуществлять успешную социализацию. Так, в последнее время популярность набирают различные виды библиотерапии, которая предусматривает работу со словом, связанную с прослушиванием или интерпретацией текстов стихов, сказок, сочинением литературных произведений, а также творческими инсценировками произведений. Одним из эффективных видов, применяемых в работе Ленинградского областного государственного бюджетного учреждения «Гатчинский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Дарина», является сказкотерапия. Данная технология позволяет включить в коррекционно-развивающие занятия мотивационный компонент речевой деятельности, увлечь ребенка. Более того, что, если не сказка, помогает формировать нравственный облик ребенка, закладывать предпосылки к его личностному развитию? Ребенок формирует собственное «Я» в процессе знакомства с окружающим миром, установлением причинно-следственных связей, оценкой взаимоотношений в природе и социуме [3, с. 28]. Сказки позволяют посмотреть на эти процессы со стороны, используя яркие образы, различные средства выразительности. Так, ребенок усваивает социальные нормы, учится адекватному поведению в различных социальных ситуациях, ответственности за свои поступки. В практике работы отмечено, что детям с интеллектуальной недостаточностью оказывается сложным устойчиво воспринимать речь, давать смысловую оценку услышанному. Эти факторы учитываются – сказкотерапия многогранная технология, которая эффективно работает с иными арт-терапевтическими технологиями, например, мульттерапией и имаготерапией. Данные виды работ предполагают интересные внешние стимулы – будь то мультфильм или драматизация, а также способствуют активному включению ребенка с нарушением интеллекта в социальное взаимодействие с другими детьми по ходу занятия.

Несомненно, в данном исследовании невозможно было не оценить эффективность включения компьютерных технологий. Помимо очевидного мотивационного потенциала данная технология осуществляет реализацию игрофикации процесса социализации, позволяя «отыгрывать», «переживать» определенный социальный опыт, а также оценивать последствия того или иного выбора в ней, помогая формировать социальные нормы и образцы поведения дошкольника с интеллектуальной недостаточностью. Спектр игр варьируется, подстраиваясь под возраст, особые потребности дошкольников и педагог, как и при организации обычных дидактических игр с целью социализации, может организовывать игровую среду для ребенка, но должен учитывать возможность предоставления свободной инициативы ребенка в игре.

Таким образом, в опыте работы были выявлены наиболее эффективные, увлекательные технологии для осуществления социализации детей с интеллектуальной недостаточностью: библиотерапия, в частности, сказкотерапия; мульттерапия; имаготерапия; компьютерные технологии.

Эффективное использование данных технологий было определено при следующих условиях: учет возрастных и индивидуальных особенностей дошкольников с интеллектуальной недостаточностью, а именно: особенности мышления, уровень интеллектуального и речевого развития, особенности восприятия речевого материала, особенности эмоционально-волевой сферы и работоспособности. Применяемые инновационные технологии позволили дошкольником творчески выражать себя, взаимодействовать с другими участниками процесса, чувствовать себя увереннее в выражении своего мнения в социуме, а также помимо этого, выработать мотивацию к занятиям, способы саморегуляции.

#### **Библиографический список**

1. Власова, Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии / Т.А. Власова, М.С. Певзнер. – М. : Просвещение, 1973. – 189 с. – Текст : непосредственный.
2. Коломийченко, Л.В. Концепция и программа социального развития детей дошкольного возраста / Л.В. Коломийченко. – Пермь, 2002. – 115 с. – Текст : непосредственный.

3. Локтева, Е.В. Содержание работы по формированию социально-коммуникативных навыков у старших школьников с ЗПР / Е.В. Локтева // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2007. – № 3. – С. 27-35. – Текст : непосредственный.

4. Лубовский, В.И. Специальная психология : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В.И. Лубовский, Т.В. Розанова, Л.И. Солнцева [и др.] ; под ред. В.И. Лубовского. – 2-е изд., испр. – М. : Издательский центр «Академия», 2005. – 464 с. – Текст : непосредственный.

5. Мудрик, А.В. Социальная педагогика : учеб. для студ. пед. вузов / Под ред. В.А. Сластенина. – 3-е изд., испр. и доп. – М. : Издательский центр «Академия», 2000. – 200 с. – Текст : непосредственный.

6. Слепович, Е.С. Формирование речи у дошкольников с задержкой психического развития : Кн. для учителя / Е.С. Слепович. – Мн. : Народная асвета, 1989. – 64 с. – Текст : непосредственный.

**Информация об авторах:** К.М. Дмитриева, *logoxen@yandex.ru*

**Information about the authors:** Ksenia M. Dmitrieva, *logoxen@yandex.ru*

### **Социализация детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях Центра психолого-педагогической помощи**

**М.Е. Федорова**

Тамбовское областное государственное бюджетное учреждение «Центр по оказанию психолого-педагогических услуг «Планета любви»,  
г. Кирсанов, 393366, Россия

**Аннотация.** В статье рассматривается процесс комплексного психолого-педагогического сопровождения детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья и их семей в условиях Тамбовского областного государственного бюджетного учреждения «Центр по оказанию психолого-педагогических услуг «Планета любви», описывает методы и формы работы.

**Ключевые слова:** комплексное сопровождение, ребенок-инвалид, ребенок с ОВЗ, социализация, Центр.

### **Socialization of disabled children and children with disabilities in the conditions of the Center for Psychological and pedagogical Assistance**

**M.E. Fedorova**

Tambov Regional State Budgetary Institution "Center for the provision of psychological and pedagogical services "Planet of Love", Kirsanov, 393366, Russia

**Abstract.** The article examines the process of complex psychological and pedagogical support of disabled children, children with disabilities and their families in the conditions of the TOGBU "Center for the provision of psychological and Pedagogical services "Planet of Love", describes the methods and forms of work.

**Keywords:** comprehensive support, disabled child, child with disabilities, socialization, Center.

Социализация должна начинаться в детстве, когда примерно на 70 % формируется человеческая личность. В детстве закладывается фундамент социализации, и в то же время это самый незащищенный ее этап [2].

Процесс социализации для детей с различными проблемами в развитии может вызывать очень большие трудности. Часто окружающие к таким детям относятся специфически. Ребенок ограничен в своей активности, в физическом и умственном развитии, нередко у таких детей отношения с окружающими совершенно иные, потому что дети-инвалиды и дети с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ), как правило, нуждаются

в большем внимании, уходе и заботе, и соответственно в других условиях воспитания и обучения. Связь детей с проблемами в развитии с окружающим социумом может достигаться лишь специальными мероприятиями, направленными на психолого-педагогическое сопровождение таких детей в ходе обучения и воспитания.

В Конституцией Российской Федерации [1] и Федеральным законом от 29 декабря 2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» [4] лицам с ОВЗ гарантированы равные со всеми права на образование. Образование детей с ОВЗ и детей-инвалидов предусматривает создание для них специальной развивающей среды, обеспечивающей необходимые условия и равные с обычными детьми возможности.

В неспециализированных детских садах и школах не всегда есть грамотно организованная система работы по психолого-педагогическому сопровождению детей-инвалидов и детей с ОВЗ, к тому же, некоторые дети с отклонениями в развитии совсем не посещают образовательные учреждения по разным причинам, постоянно живут в домашних условиях. Все это создает проблемы для благоприятной социализации таких детей. Таким образом, социализация детей-инвалидов и детей с ОВЗ – это актуальная проблема современного общества.

Одной из форм организации поддержки семей с детьми-инвалидами, детьми с ОВЗ и их семей для решения проблем их социальной адаптации, является открытие центров по оказанию психолого-педагогических услуг.

Коррекционная работа будет более успешной, если ее проводить комплексно, в специально организованных условиях. Такие условия созданы в Тамбовском областном государственном бюджетном учреждении (далее – ТОГБУ) «Центр по оказанию психолого-педагогических услуг «Планета любви» города Кирсанова Тамбовской области (далее – Центр, Центр «Планета любви»). Сопровождение семьи, воспитывающей ребенка-инвалида или ребенка с ОВЗ, в данном Центре предполагает:

во-первых, комплексное сопровождение группой специалистов: педагогами-психологами, учителем-дефектологом, учителем-логопедом, педагогом дополнительного образования, инструктором по адаптивной физкультуре, социальными педагогами, юрисконсультлом. Сопровождение осуществляется в соответствии со специально разработанной комплексной программой «Поверь в себя», которая позволяет систематизировать работу специалистов Центра. В рамках данной программы решаются задачи, ориентированные как на ребенка с особыми нуждами, так и на их родителей. Решение этих задач способствует развитию коммуникативных, эмоционально-волевых, когнитивных, мотивационно-ценностных, поведенческих особенностей личности (ребенка и родителей) в их единстве, что может, в свою очередь, способствовать снятию напряженности в семье и улучшению психоэмоционального состояния;

во-вторых, консультативно-методическую поддержку членов семьи ребёнка-инвалида или ребенка с ОВЗ;

в-третьих, тесную взаимосвязь специалистов Центра с педагогами образовательных учреждений города и района. Такая система позволяет организовать преемственность в работе специалистов, принимающих участие в социализации ребенка-инвалида или ребенка с ОВЗ, помогает решать в комплексе все поставленные педагогические задачи.

*Сопровождение ребенка-инвалида, ребенка с ОВЗ в условиях Центра «Планета любви»* включает:

– диагностическую работу. Первичная диагностика проводится каждым педагогом или комплексно в зависимости от заявленных проблем, углубленная – диагностика познавательной сферы, психических процессов, уровня развития речи, моторной сферы и т. д. – проводится отдельно каждым педагогом Центра. На заседании специалистов обсуждаются результаты обследования ребенка, заполняется комплексное заключение. После комплексного мониторинга составляется индивидуальный, либо комплексный траекторно-развивающий план сроком на один год, который предусматривает приоритетные направления коррекционной работы, рекомендации родителям;

– коррекционно-развивающая работа. Дети с ОВЗ и дети-инвалиды особенно остро нуждаются в среде, которая дает возможности для эмоционального, познавательного, коммуникативного развития и овладения детскими видами деятельности. В Центре имеется: спортивно-тренажерный зал, лекотека, конференц-зал, комната психологической разгрузки, сенсорная комната, комната социально-бытовой ориентации «Я сам!», кабинеты педагога-психолога, учителя-логопеда, учителя-дефектолога, предназначенные для специальных занятий с необходимым для этого оборудованием.

Развитие и совершенствование двигательных функций и навыков у детей средствами физической культуры осуществляется с применением специального оборудования: «Тренажера Гросса», тренажера степпер, гребного тренажера, детского велотренажера, гимнастических палок, гимнастических ковриков, тактильной дорожки, спортивного мата, шведской стенки и др.

Решать проблемы социальной адаптации детей-инвалидов и детей с ОВЗ позволяют средства социализации: комната социально-бытовой ориентации «Я САМ!», которая оснащена набором игровой мебели «Поликлиника», электронной детской кухней, набором кукол по профессиям (медсестра, повар, доктор, школьница), игровыми наборами («Мебель», «Золушка», «Ассорти», «Я учусь переливать и отмерять», «Я учусь готовить салат», «Я учусь мыть посуду») и сенсомоторным модулем «Одень себя сам»; панелями по ориентации во времени; дидактическими играми.

Развивающая среда, созданная в Центре, позволяет детям в игровой форме овладевать: навыками личной гигиены и самообслуживания, ухода за одеждой и обувью, пользования и ухода за посудой, мебелью, жилым помещением; культурой поведения в быту, общественных местах, транспорте; навыками взаимодействия со сверстниками и взрослыми, базовыми игровыми навыками.

В Центре «Планета любви» проводятся систематические занятия с детьми-инвалидами и детьми с ОВЗ. С ребенком работают индивидуально, но при необходимости он может включаться в группу, для обучения взаимодействию со сверстниками. Причем в группе могут находиться дети с разными нарушениями. Это нужно для того, чтобы научить ребенка приспосабливаться к изменяющимся условиям детского окружения.

Несмотря на то, что у каждого педагога Центра «Планета любви» есть свои цели и задачи, коррекционно-развивающие занятия планируются так, чтобы осуществлялась преемственность в работе с конкретным ребёнком. Дети могут посещать как всех специалистов (учителя-логопеда, педагога-психолога, учителя-дефектолога, инструктора по лечебной физкультуре, педагога дополнительного образования), так и только отдельных. Все педагоги, сопровождающие ребёнка, имеют единую систему требований.

Дети-инвалиды и дети с ОВЗ, не имеющие, в силу каких-либо причин, возможности посещать коррекционно-развивающие занятия в Центре «Планета любви», сопровождаются педагогами в форме домашнего визитирования. Как правило, это дети с тяжелыми, множественными нарушениями развития. Данная форма взаимодействия с семьей такого ребенка предполагает выход компетентного специалиста или специалистов в семью с целью обеспечения максимально возможного развития потенциала ребенка: его двигательных, коммуникативных, познавательных возможностей, навыков повседневной жизни и социального взаимодействия, а также психолого-педагогического консультирования родителей. Подобные домашние визиты приводят к расширению социального опыта детей с нарушениями в развитии.

В течение года, в стенах Центра «Планета любви», проводятся мероприятия для детей-инвалидов, детей с ОВЗ и их родителей. Мероприятия посвящены таким праздникам как: «Новый год», «Рождество», «Всемирный День здоровья», «День защиты детей», «День семьи, любви и верности», «Международный день инвалидов». Задачи данных встреч: создание праздничной атмосферы и положительного эмоционального фона; социализация детей-инвалидов, детей с ОВЗ и социальная реабилитация их родителей; развитие коммуникативных навыков у детей и их родителей; развитие интереса

к общественно значимым праздникам. Благодаря таким мероприятиям многие родители, дети которых имеют сходные нарушения, поддерживают связь между собой, делятся опытом и просто поддерживают друг друга. Ежегодно семьи с детьми-инвалидами совместно с педагогами Центра становятся участниками областных конкурсов.

Таким образом, в Центре «Планета любви» создана благоприятная социально-педагогическая среда, включающая специальное предметно-игровое окружение.

Глубоко убеждены в том, что социализация ребенка с проблемами в развитии не может быть достигнута без приобщения к этому процессу его родителей. Семья как социальный институт призвана социализировать ребенка (З. Фрейд). Именно в семье у ребенка складываются первые представления о человеческих ценностях, характере взаимоотношений между людьми, формируются нравственные качества. В связи с этим возрастает и роль семьи в воспитании ребенка с отклонениями в развитии. Это, в свою очередь, объясняет потребность семьи в различных реабилитационных мероприятиях, направленных ей в помощь для реализации этой задачи [3, с. 52].

*Сопровождение родителей* в условиях Центра «Планета любви» включает:

- проведение мониторинга активности социальной позиции родителей с помощью тест-опросника родительского отношения (методика ОРО) А.Я. Варга, В.В. Столин;
- присутствие родителей во время диагностического обследования ребенка;
- присутствие родителей на некоторых занятиях ребенка со специалистами Центра;
- индивидуальное консультирование родителей по вопросам коррекционно-развивающего обучения и динамики развития ребенка;

– функционирование на базе Центра «Планета любви» клуба для родителей «Ответственный родитель», в рамках работы которого проводятся мастер-классы, круглые столы, тренинги, лекции, семинары. Специалисты Центра в виде различных сценок, зарисовок, ролевых игр помогают родителям переосмыслить реальность, снизить негативные переживания, увидеть перспективу развития ребенка-инвалида, ребенка с ОВЗ. Обязательный элемент всех встреч – упражнения на снятие психоэмоционального напряжения (мышечная релаксация, дыхательная гимнастика, визуализация);

– функционирование на базе Центра группы кратковременного пребывания «Передышка». Членами группы являются родители, воспитывающие детей инвалидов, им предоставляется свободное время до трех часов раз в неделю. Родители могут заняться своим здоровьем, решить бытовые проблемы, оформить необходимые документы, в то время, когда с их ребенком занимаются квалифицированные специалисты. Работа, организованная таким образом с членами группы кратковременного пребывания, может способствовать снятию напряженности в семье и улучшению психоэмоционального состояния.

– наглядно-информационные формы взаимодействия: памятки, буклеты, статьи в местной газете, папки-передвижки. Они содержат полезную информацию, которую родители могут изучить дома или во время нахождения ребенка на занятиях у специалистов Центра;

– использование родителями интернет-ресурсов. Группа «Навигатор добра» в Вконтакте, которая приобрела наибольшую активность в период санитарно-эпидемиологических ограничений, ведет консультирование родителей по волнующим их вопросам;

– юридическую помощь родителям в виде правового консультирования по вопросам обучения и воспитания детей с ОВЗ и инвалидностью.

*Консультативно-методическая помощь педагогам образовательных учреждений* включает:

– изучение запросов педагогов, по итогам которого специалисты Центра проводят ряд встреч с ними;

– встречи с педагогами образовательных учреждений, на которых освещаются проблемы детей-инвалидов и детей с ОВЗ, основные приемы работы с данными категориями;

- специалисты принимают участие в работе родительских собраний, освещая проблемы развития и воспитания детей, детско-родительских отношений;
- распространение буклетов, памяток, методических рекомендаций по сопровождению детей-инвалидов, детей с ОВЗ в образовательном учреждении.

Опыт работы показал, что комплексное сопровождение семьи ребенка-инвалида или ребенка с ОВЗ в условиях ТОГБУ «Центр по оказанию психолого-педагогических услуг «Планета любви» способствует эффективному преодолению нарушений в развитии у детей и позволяет привлечь родителей к активному участию в коррекционном процессе, способствует осознанию родителями своей роли в обучении и воспитании ребенка. В итоге достигается главная цель этого взаимодействия – обеспечение максимально благоприятных условий для полноценного и всестороннего развития ребёнка, что способствует успешной социализации детей-инвалидов, детей с ОВЗ.

#### **Библиографический список**

1. Конституция Российской Федерации. – URL: СПС КонсультантПлюс. – Текст : электронный (дата обращения: 08.12.2022).
2. Рахматуллин, Р.Ю. Личностный образец как фактор социализации / Р.Ю. Рахматуллин. – Текст : непосредственный // Вестник ВЭГУ. 2013. – № 3 (65). – С. 114-121.
3. Ткачёва, В.В. Технологии психологической помощи семьям детей с отклонениями в развитии : учеб. пособие / В.В. Ткачева. – М. : Астрель, 2007. – 318 с. – Текст : непосредственный.
4. **Российская Федерация. Законы.** Федеральный закон от 29 декабря 2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». – URL: СПС КонсультантПлюс. – Текст : электронный (дата обращения: 08.12.2022).

**Информация об авторах:** М.Е. Федорова, [vorobyova-marinochka@yandex.ru](mailto:vorobyova-marinochka@yandex.ru)

**Information about the authors:** M.E. Fedorova, [vorobyova-marinochka@yandex.ru](mailto:vorobyova-marinochka@yandex.ru)

#### **Комплексная помощь людям с расстройствами аутистического спектра в условиях БУ «Мегионский комплексный центр социального обслуживания населения»**

**О.Н. Бурцева**

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры  
«Мегионский комплексный центр социального обслуживания населения»,  
г. Мегион, 628680, Россия

**Аннотация.** В статье освещаются отдельные аспекты комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в БУ «Мегионский комплексный центр социального обслуживания населения». Сделан вывод о том, что только при совокупности различных подходов и методов, ориентированных на конкретного человека, могут быть созданы необходимые условия для предоставления инвалидам доступных и современных реабилитационных услуг и сформирована система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов.

**Ключевые слова:** аутизм, люди с расстройствами аутистического спектра, реабилитация, интеграция, ранняя помощь, положительная динамика.

#### **Comprehensive care for people with autism spectrum disorders in conditions of the Ugra Integrated Center for Social Services of the Population**

**Olga N. Burceva**

Budget institution Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug – Yugra "Megion Integrated  
Center for Social Services of the population", Megion, 628680, Russia



**Abstract.** In the article highlights certain aspects of the comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people and disabled-children in Megion Integrated Center for Social Services of the population. It is concluded that only with a combination of different approaches and methods, focused on a specific person, can be formed the necessary conditions can be created to provide disabled people with affordable and modern rehabilitation services and a system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people and disabled-children.

**Keywords:** autism, people with autism spectrum disorders, rehabilitation, integration, early help, positive dynamics.

В современном мире проблема аутизма является достаточно острой, поскольку с каждым годом отмечается увеличение числа детей с данным диагнозом. Аутизм – это расстройство развития, проявляющееся качественными нарушениями в сфере коммуникации, социального взаимодействия, а также склонностью к стереотипному поведению. Расстройства аутистического спектра проявляются в детском возрасте и в разной степени сохраняются на протяжении всей последующей жизни человека [2;3].

Конечной целью оказания помощи людям с расстройствами аутистического спектра (далее – РАС) является повышение качества жизни, что предполагает, в частности:

- повышение уровня самостоятельности;
- возможность устанавливать социальные отношения;
- возможность учиться и работать;
- доступ к активному отдыху и досугу.

Для повышения качества жизни людей с РАС необходимы два взаимодополняющих направления в работе. С одной стороны, работа должна быть направлена на формирование новых навыков, с другой стороны на устранение нежелательных форм поведения (агрессии, аутоагрессии, истерик и пр.), которые препятствуют социализации [1;2]. Чем больше навыков удастся сформировать, тем менее жесткими становятся требования к среде, и тем больше открывается возможностей существовать в социуме, а значит, получать доступ к образованию, досугу и работе [3].

При этом важно отметить, что трудности социальной адаптации, развития навыков бытовой жизни характерны для всех таких детей и всем требуется специальная помощь в их преодолении. В первом случае она может позволить сохранить детей в условиях семьи, повысить качество жизни ребенка и его близких, развить формы их осмысленного взаимодействия. Во втором – формирование навыков социально-бытовой адаптации необходимо для полного развития избирательных способностей детей, их обучения, профессиональной реализации, овладения навыками самостоятельной жизни [1, с. 23]. Таким образом, важной составляющей в реабилитации людей с РАС является осуществление более полной социализации человека.

В муниципальном образовании город Мегион по состоянию на 01.10.2022 г. проживает 286 детей-инвалидов. Ежегодно в БУ Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Мегионский комплексный центр социального обслуживания населения» (далее – учреждение) проходят комплексную реабилитацию 140 детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья.

Организация социального обслуживания инвалидов с РАС и другими ментальными нарушениями в учреждении регламентируется нормативными правовыми документами Российской Федерации, Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, локальными актами учреждения и осуществляется через реализацию программ, в том числе инновационной направленности [3].

За период 2019 – 9 месяцев 2022 года на базе учреждения прошли социальную реабилитацию 110 человек с РАС и другими ментальными нарушениями, 96 из которых дети, 14 людей старше 18 лет. Всего в учреждении предоставлено 75 740 социальных услуг, из них 69 300 социальных услуг детям с РАС и другими ментальными нарушениями.

Социальные услуги людям с РАС и другими ментальными нарушениями в учреждении предоставляются в отделении социальной реабилитации и абилитации (далее – отделение 1), отделении социальной реабилитации и абилитации детей с ограниченными возможностями (далее – отделение 2).

Основные направления деятельности отделения 1:

- психологическое консультирование, психологическая коррекция и социально-психологический тренинг, ориентированные на решение социально-психологических проблем людей с РАС и другими ментальными нарушениями;
- мероприятия, направленные на создание условий для полноценного участия инвалидов в социокультурных мероприятиях, удовлетворяющих их социокультурные и духовные запросы, на расширение общего и культурного кругозора, сферы общения (посещение театров, выставок, экскурсии, праздники, юбилеи, другие культурные мероприятия);
- формирование у инвалидов навыков личной гигиены, самообслуживания, в том числе с помощью технических средств реабилитации с проведением социальной диагностики возможностей инвалида к выполнению действий по самообслуживанию;
- информирование и консультирование людей с РАС и другими ментальными нарушениями и членов их семей по вопросам социальной реабилитации и абилитации;
- проведение мероприятий социальной реабилитации, предусмотренных индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида в комнате оккупациональной терапии с использованием реабилитационного оборудования.

На базе отделения 1 функционирует Служба домашнего визитирования для инвалидов, страдающих тяжелыми формами заболеваний старше 18 лет, целью деятельности которой является оказание комплексной помощи инвалидам, не имеющим возможности по состоянию здоровья получать социальные услуги по реабилитации непосредственно в учреждении.

Гражданам, нуждающимся в постороннем уходе и бытовой поддержке, имеющим трудоспособных родственников, которые по объективным причинам не могут осуществлять уход, в отделении 1 оказывают дополнительную платную услугу «Дневной пансион для граждан пожилого возраста и инвалидов».

В отделении 1 реализуются комплексные реабилитационные программы, направленные на формирование социальных компетенций, коммуникативных навыков, навыков самообслуживания у молодых инвалидов старше 18 лет с РАС и другими ментальными нарушениями; на обучение инвалидов старше 18 лет с ментальными нарушениями самостоятельной организации своего быта, досуга, взаимодействию и общению с другими людьми; на оздоровление граждан доступными средствами, сохранение физического и психического здоровья, поддержание активного образа жизни.

В рамках реабилитационных мероприятий с инвалидами молодого возраста организована работа по социально-трудовой адаптации; проводятся комплекс занятий в комнате оккупациональной терапии (развитие мелкой моторики, пользование посудой, столовыми приборами, приготовление пищи), практические занятия по обучению навыкам самообслуживания, уходу за растениями.

По результатам реализации программ в отделении 1 у 93 % обслуженных людей с РАС и другими ментальными нарушениями наблюдается положительная динамика в снижении обострения типичных заболеваний. У 85 % инвалидов с ментальными нарушениями отмечается стабильная сформированность социальных компетенций, навыков самообслуживания, необходимых для самостоятельной жизни, у 95 % – положительная динамика развития навыков социализации инвалидов с ментальными нарушениями.

С целью повышения качества комплексной помощи людям с РАС и другими ментальными нарушениями (в том числе детям), учреждение участвует в системе комплексного сопровождения людей с РАС и другими ментальными нарушениями. На базе учреждения создана межведомственная рабочая группа по разработке и реализации непрерывных

индивидуальных маршрутов комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями, детей-инвалидов, молодых инвалидов, людей с РАС и другими ментальными нарушениями старше 18 лет (далее – рабочая группа). Заседания рабочей подгруппы проводятся не реже 1 раза в квартал, при необходимости – чаще.

Специалистами учреждения во взаимодействии со специалистами психоневрологической больницы проведено выявлено 60 людей с РАС и другими ментальными нарушениями. В 2019 г. разработано и утверждено 45 индивидуальных маршрутов комплексной реабилитации, что составляет 75 % от общего количества инвалидов молодого возраста с ментальными нарушениями, состоящих в реестре. В рамках комплексного сопровождения людей с РАС и другими ментальными нарушениями обеспечено участие молодых инвалидов в спортивно-массовых мероприятиях города, посещение спортивных секций, участие в мероприятиях, мастер-классах, посещение музеев, театра, библиотек с целью удовлетворения культурных запросов, расширения кругозора, сферы общения, повышения творческой активности.

Основная деятельность отделения 2 направлена на удовлетворение потребностей семей с детьми и подростками с ограниченными возможностями здоровья, в том числе с детьми-инвалидами, в социальных услугах посредством реализации комплексных социально-реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление личностного и социального статуса, способствующего их интеграции в общество, включая:

- формирование у детей навыков социального общения и социальной независимости;
- проведение для родителей психолого-педагогических консультаций, направленных на их обучение методам реабилитации в домашних условиях;
- проведение коррекционной психолого-педагогической работы, в том числе проведение занятий в сенсорной комнате;
- приобщение к декоративно-прикладному творчеству;
- организация и проведение праздников и других культурно-досуговых мероприятий, в том числе посещение кино, экскурсий, концертов;
- формирование навыков самообслуживания (соблюдение личной гигиены, приём пищи, пользование бытовыми приборами, замками, выключателями и пр.).

На базе отделения 2 функционируют:

1. Служба домашнего визитирования семей, воспитывающих детей-инвалидов (в том числе с ограничениями способностей к передвижению), детей с ограниченными возможностями, целью деятельности которой является предоставление социальных услуг посредством оказания комплексной помощи детям-инвалидам от рождения до 18 лет, содействие в адаптации и реабилитации таких детей в домашних условиях и предоставление их родителям (законным представителям) необходимых знаний по воспитанию, развитию детей с различными заболеваниями.

2. Служба ранней помощи несовершеннолетним от рождения до 3-х лет. Целью Службы является предоставление комплекса медицинских, социальных и психолого-педагогических услуг, оказываемых на межведомственной основе детям целевой группы и их семьям, направленных на раннее выявление детей целевой группы, содействие их оптимальному развитию, формированию физического и психического здоровья, включению в среду сверстников и интеграции в общество, а также на сопровождение и поддержку их семей, повышение компетентности родителей (законных представителей).

В отделении 2 реализуются программы, направленные на реабилитацию и абилитацию детей-инвалидов, в том числе с проблемами аутистического спектра и другими ментальными нарушениями.

Весь реабилитационный процесс с детьми с РАС и другими ментальными нарушениями в отделении 2 основан на тесном взаимодействии специалистов, ребенка, родителей; охватывает все аспекты реабилитационного и абилитационного процессов и строится на принципах совместной деятельности. Коррекционно-реабилитационное воздействие

осуществляется на основании чётко запланированной работы, а также в соответствии с индивидуальным планом реабилитационных мероприятий по следующим направлениям:

1) социально-педагогическая реабилитация, в результате которой получены следующие результаты:

- уровень развития мелкой моторики рук улучшился у 87 получателей услуг (90,6 %);
- координация движений улучшилась у 85 (88,5 %);
- улучшение познавательных способностей отмечено у 93 (96,8 %);
- уровень звукопроизношения улучшился у 63 (65,6 %);
- уровень связной речи улучшился у 21 (21,8 %);
- уровень артикуляционной моторики улучшился у 26 (27 %);
- уровень понимания обращенной речи улучшился у 77 (80,2 %) (Рисунок 1);

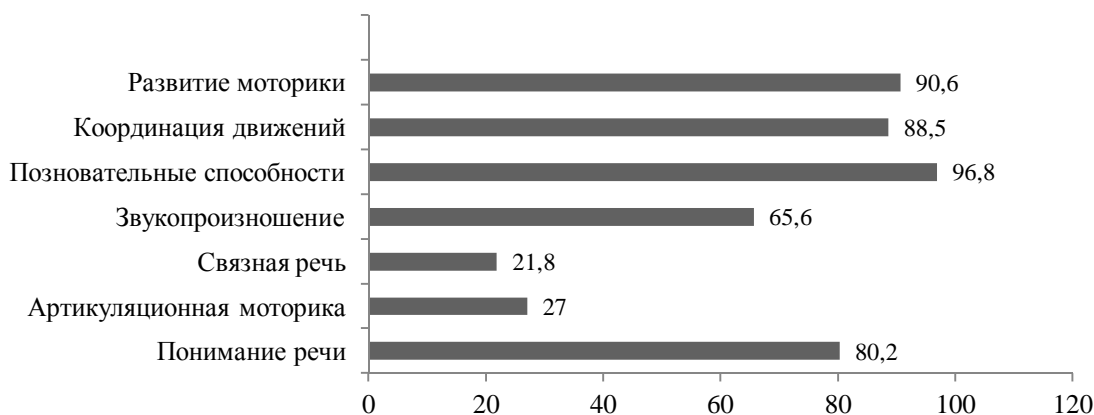


Рисунок 1 – Итоги социально-педагогической реабилитации, %

2) социально-психологическая реабилитация, в результате которой:

- уровень развития памяти улучшился у 56 детей (58,3 %);
- уровень развития мышления улучшился у 28 (29,1 %);
- уровень развития внимания улучшился у 17 (17,7 %);
- уровень развития слухового восприятия улучшился у 64 (66 %);
- психоэмоциональное состояние улучшилось у 78 (81,2 %);
- уровень коммуникативных навыков улучшился у 89 (92,7 %) (Рисунок 2).

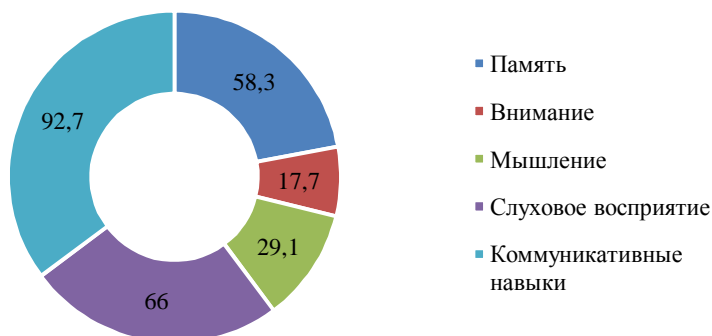


Рисунок 2 – Итоги социально-психологической реабилитации, %

Также в рамках социально-психологической реабилитации на базе отделения 2 функционирует родительский клуб «Мир семьи с особым ребенком», целью которого является

оказание семьям, воспитывающим детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья, информационной, психологической, консультативной помощи в вопросах детско-родительских отношений и создание доверительной атмосферы в семье.

В рамках работы родительского клуба «Мир семьи с особым ребенком» проведено 47 заседаний, в которых приняли участие 90 родителей (93,7 %), воспитывающих детей с РАС и другими ментальными нарушениями. Все родители (100 %) отмечают улучшение психоэмоционального состояния членов семьи, улучшение психологических взаимоотношений между членами семьи, улучшение детско-родительских взаимоотношений;

3) социокультурная реабилитация, в результате прохождения которой:

- улучшились межличностные отношения у 96 получателей услуг (100 %);
- проведено 63 мероприятия, посвященных памятным и праздничным датам;
- на постоянной основе осуществляется тесное взаимодействие с социальными

партнерами по организации совместных досуговых мероприятий (городская ежегодная акция «Белая ленточка», городская акция ко Дню аутизма «Зажги синим», городское мероприятие, посвященное Дню инвалида);

4) социально-бытовая реабилитация, в результате прохождения которой:

- улучшились навыки самообслуживания у 87 детей (90 %);
- уровень коммуникабельности повысился у 89 (92,7 %);
- уровень социально-бытовых знаний и умений повысился у 86 (89 %) (Рисунок 3);

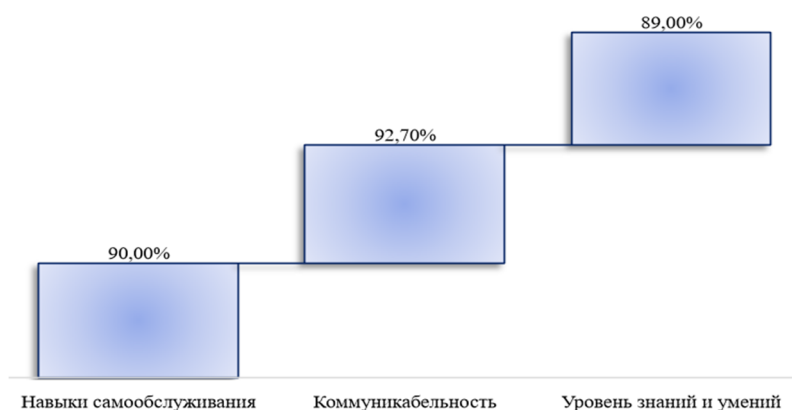


Рисунок 3 – Итоги социально-бытовой реабилитации (в %)

Одним из важных направлений деятельности учреждения при проведении социокультурной реабилитации людей с РАС и другими ментальными нарушениями является привлечение социальных партнеров (общественные организации, объединения, религиозные организации, организаций и учреждений культуры, спорта и туризма, представители бизнеса и др.). Учреждение сотрудничает с более 40 социальными партнерами, с которыми заключены соглашения, составлены и реализуются планы совместных мероприятий.

Участие людей с РАС и другими ментальными нарушениями и их родителей (законных представителей) в мероприятиях социокультурной направленности с привлечением социальных партнеров способствует их адаптации и социализации, активизации внутренних ресурсов семьи, развитию творческого потенциала, расширению положительного личностного и семейного жизненного пространства.

5) социально-медицинская реабилитация, мероприятия которой направлены на формирование здорового образа жизни детей-инвалидов;

6) физкультурно-оздоровительные мероприятия.

За период 2019 года – 9 месяцев 2022 года в рамках реализации программы проведено 2908 занятий с 195 несовершеннолетними, из них: 21 детей с РАС, 75 детей с ментальными нарушениями.

В результате прохождения социально-медицинской реабилитации и участия в физкультурно-оздоровительных мероприятиях получены следующие результаты:

- понимание ценности здоровья человека и способов его достижения сформировано у 73 получателей услуг (76 %);
- формирование правильной осанки, легкий седативный эффект наблюдается у 27 детей (28 %);
- улучшение состояния здоровья у 96 (100 %);
- улучшение двигательной активности у 77 (80 %);
- улучшение самочувствия у 96 (100 %).

В учреждении имеются необходимые материально-технические ресурсы для оказания комплексной помощи людям с РАС и иными ментальными нарушениями на высоком уровне – все отделения оснащены современным реабилитационным, спортивным, лечебно-оздоровительным, компьютерным оборудованием, оборудованием для обучения основам самообслуживания согласно национальному стандарту, а также в наличии учреждения имеется специализированный транспорт.

Комплексную помощь людям с РАС и другими ментальными нарушениями осуществляют высококвалифицированные специалисты, имеющие образование соответствующее требованиям профессиональных стандартов, постоянно повышающие свою профессиональную квалификацию. Согласно штатному расписанию учреждения, численность работников, обеспечивающих оказание социальных услуг семьям с детьми, составляет 78 человек, в том числе 22 работника, непосредственно предоставляющих услуги данной категории граждан.

Высокая квалификация и профессиональное мастерство специалистов подтверждается участием и победами в конкурсах городского и окружного значения, а также позволяет помогать участию в конкурсах людям с РАС и другими ментальными нарушениями.

Таким образом, для удовлетворения психологических, педагогических, физических и бытовых потребностей людей с РАС и другими ментальными нарушениями в учреждении сформирована и функционирует система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, детей – инвалидов и членов их семей, которая реализуется в соответствии с принципами раннего выявления и вмешательства, командной работы, сотрудничества с семьей, индивидуального подхода к разработке и реализации медико-реабилитационных программ для каждого случая.

### **Библиографический список**

1. Волкова, С.М. Детский аутизм. Проблемы обучения / С.М. Волкова. – М. : Тритон, 2002. – 147 с. – Текст : непосредственный.
2. Конвенция ООН о правах инвалидов (принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи) от 13 декабря 2006 г. : офиц. текст. – URL: [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/disability.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml) (дата обращения: 18.11.2022). – Текст : электронный.
3. Концепция развития комплексной системы реабилитации, абилитации и комплексного сопровождения инвалидов, детей-инвалидов, в том числе людей с ментальной инвалидностью, а также ранней помощи и сопровождаемого проживания в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре, на период до 2025 года : Приложение 2 к Протоколу от 22 апреля 2021 года рабочей группы по управлению системой комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, и региональной системой комплексного сопровождения людей с расстройствами аутистического спектра и другими ментальными нарушениями в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре. – URL: <https://depsr.admhmao.ru/koordinatsionnye-i-soveshchatelnye-organy-/rabochaya-gruppy-po-upravleniyu-sistemoy-kompleksnoy-reabilitatsii-i-abilitatsii-invalidov-v-tom-chi/informatsiya-o-zasedaniyakh/aprel-2021-/5665035/kontseptsiya->

razvitiya-kompleksnoy-reabilitatsii-abilitatsii-i-kompleksnogo-soprovozhdeniya-invalido/ (дата обращения: 18.11.2022). – Текст : электронный.

4. Мигунова, Ю.Ю. Основы медико-социальной реабилитации различных групп населения : Учебно-методическое пособие / Ю.Ю. Мигунова. – Майкоп : ИП Магарин О.Г., 2014. – 103 с. – URL: [https://mkgtu.ru/sveden/files/UMP\\_Med\\_reabilitaciya\\_.pdf](https://mkgtu.ru/sveden/files/UMP_Med_reabilitaciya_.pdf) (дата обращения: 18.11.2022). – Текст : электронный.

**Информация об авторах:** О.Н. Бурцева, *BurcevaON@admhmao.ru*

**Information about the authors:** Olga N. Burceva, *BurcevaON@admhmao.ru*

### **Реализация технологии комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра в условиях реабилитационного центра**

**Н.Г. Ефтифеева, И.А. Иваненко**

Государственное автономное учреждение социального обслуживания  
«Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями  
здоровья «Спасатель» Забайкальского края,  
пгт. Новокручининский, 672573, Россия

**Аннотация.** В статье рассматриваются особенности реализации технологии комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра в условиях реабилитационного центра.

**Ключевые слова:** индивидуальная программа комплексной реабилитации, медико-психолого-педагогический консилиум, расстройство аутистического спектра (РАС).

### **Implementation of the technology of comprehensive support for children with autism spectrum disorders in a rehabilitation center**

**N.G. Eftifeeva, I.A. Ivanenko**

The State autonomous institution of social service "Rehabilitation center for children and adolescents with disabilities "Rescuer" of the Trans-Baikal Territory,  
village Novokruchininsky, 672573, Russia

**Abstract.** The article discusses the features of the implementation of the technology of comprehensive support for children with autism spectrum disorders in a rehabilitation center.

**Keywords:** individual program of complex rehabilitation, medical, psychological and pedagogical consultation, autism spectrum disorder (ASD).

Проблема аутизма для современного общества является достаточно острой и требует детального рассмотрения всеми специалистами, поскольку ежегодно отмечается увеличение числа детей с таким диагнозом. Оценивая глубину проблемы в 2008 г. Организация Объединенных Наций (ООН) провозгласила 2 апреля Всемирным Днем распространения информации об аутизме.

Согласно данным мониторинга 2020 г., в России общая численность детей с расстройствами аутистического спектра (далее – РАС) и с признаками РАС составила 32 899 человек. Выявлено выраженное увеличение численности по сравнению с 2019 г. (23 093 человека) на 42 %, а по сравнению с 2017 г. (15 998 человек) – на 106 %. Это обстоятельство актуализирует необходимость развития технологии сопровождения детей с РАС в системе социального обслуживания [4, с. 10].

В 2017 – 2018 гг. совместно с другими учреждениями образования, социальной защиты населения и здравоохранения Государственное автономное учреждение социального обслуживания «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными

возможностями здоровья «Спасатель» Забайкальского края (далее – Центр, ГАУСО РЦ «Спасатель») участвовал в реализации мероприятий Комплекса мер Забайкальского края по оказанию медико-социальной, социально-психологической, социально-педагогической помощи детям с расстройствами аутистического спектра (РАС) и семьям, в которых они воспитываются, на 2017 – 2018 годы (далее – Комплекс мер) [3].

Цель – повышение качества жизни семей, в которых воспитываются дети с расстройствами аутистического спектра, создания комплексной системы помощи детям группы риска с признаками расстройства аутистического спектра и с расстройством аутистического спектра и семьям, в которых они воспитываются, условий для эффективного достижения ими максимально возможного уровня развития и социализации [3].

В соответствии с целью на базе Центра внедрена технология «Комплексная психолого-медико-педагогическая помощь детям с РАС и с признаками РАС». Она направлена на оказание комплексной помощи детям с РАС и с признаками РАС, проходящим курс реабилитации в ГАУСО РЦ «Спасатель» Забайкальского края.

Внедрение технологии проходило поэтапно.

На *первом* (подготовительном) этапе сформирована целевая группа потенциальных потребителей услуги.

Специалистами разработаны формы учётно-отчётной документации, реабилитационные и абилитационные программы для детей группы риска с признаками РАС и с РАС, определены формы и методы мониторинга и оценки эффективности и результативности предоставляемой услуги.

В рамках Комплекса мер с целью повышения профессиональной компетентности специалистов организовано их обучение эффективным технологиям и методикам оказания комплексной помощи детям этой группы на профессиональных стажировочных площадках, предоставленных Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, по направлениям: «Комплексная помощь детям группы риска с признаками РАС и с РАС» и «Социальное сопровождение семей с детьми, нуждающихся в социальной помощи».

В рамках реализации технологии внедрены эффективные практики в работе с детьми с РАС и с признаками РАС посредством использования (Рисунок 1):

1. Реабилитационного оборудования, включающего:
  - говорящее логопедическое зеркало;
  - зеркало с отверстием;
  - массажёр «Чудо-валик», массажный «Пальчик»;
  - жилет «Глубокого давления»;
  - комплект «Баламетрикс»;
  - дидактический стол большой;
  - балансировочный стул;
  - интерактивный световой столик;
  - интерактивная панель «Солнышко» и т.д.

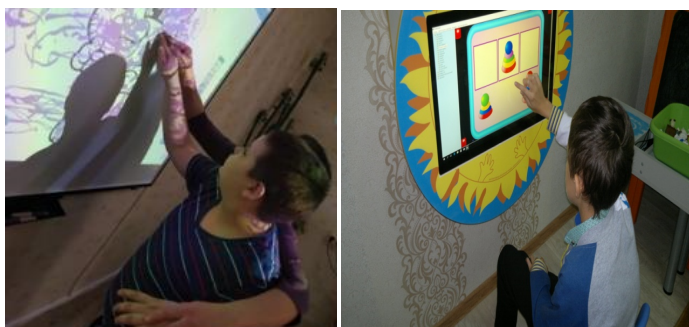


Рисунок 1 – Занятия с применением интерактивного оборудования



2. Программно-методических, видео материалов, электронно-образовательных ресурсов, в том числе компьютерной программы «Игры для Тигры».

3. Мультимедийного оборудования, в том числе интерактивной доски.

Содержание *второго* этапа (основного) – это организация реабилитационной работы с целевой группой.

Для координации работы специалистов в Центре работает медико-психолого-педагогический консилиум (далее – МППк), цель которого – создать оптимальные условия реабилитации в соответствии с возрастными и индивидуальными особенностями детей и обеспечить целостность психолого-педагогического и медицинского сопровождения.

На первом заседании МППк вырабатывается индивидуальная программа комплексной реабилитации с учетом индивидуальных и возрастных особенностей ребёнка [2, с. 93]. По результатам обсуждения каждого случая принимается совместное решение, в котором намечаются конкретные шаги по оказанию помощи (или сбору дополнительной информации) по сопровождению каждого ребенка, определяются исполнители и сроки. Это позволяет решать проблемы ребёнка с РАС и признаками РАС (и его семьи) адресно и согласованно всеми специалистами.

Для повышения эффективности медико-психолого-педагогического сопровождения ребёнка, проходящему курс комплексной реабилитации, назначается ведущий специалист. Он отслеживает динамику развития ребёнка и эффективность оказываемой ему помощи. В случае необходимости корректирует последовательность этапов работы с ребёнком различных специалистов. Особое внимание на первых этапах работы уделяется формированию контакта с ребёнком и родителями, поддержке их мотивации на активное участие в реабилитационном процессе (Рисунок 2).



Рисунок 2 – Занятия с участием родителей

Одним из основных направлений работы с детьми с РАС является медико-социальная реабилитация. В зависимости от психо-физиологических особенностей ребенка могут быть назначены: физиолечение, ЛФК, массаж, гидрокинезотерапия, иппотерапия. Физиотерапевтические процедуры представлены электролечением (электросон, электрофорез, дарсонвализация); магнитной и ультразвуковой терапией, теплолечением (парафино и грязелечение). Все дети посещают галокамеру.

Комплекс лечебной физкультуры индивидуализируется под особенности и возможности ребенка с РАС и признаками РАС. Хорошие результаты достигаются в сочетании механотерапии с использованием компьютерного комплекса БОС. Учитывая факторы климатотерапии с детьми проводятся занятия «скандинавской ходьбой» по специальным маршрутам (экологическая тропа, тропа здоровья). В качестве лечебного и восстановительного метода в Центре активно используется иппотерапия.

Важным в системе комплексной помощи детям с РАС и признаками РАС в условиях Центра является организация социально-психологической помощи.

Для каждого ребенка разрабатывается программа индивидуальных занятий со специалистами, которые используют современное оборудование (комплект «Баламетрик»,

утяжеленный жилет, комплекс «Тимокко», интерактивный пол, балансирующий стул, игровые средства) и методики для формирования социально-коммуникативных навыков.

Для решения проблем адаптации и коррекции психического развития детей с особенностями развития широко используется технология «Лекотека как ресурс в оказании психолого-педагогической помощи семьям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов». Сегодня эта технология дает возможность семьям определить индивидуальный путь развития и коррекции ребенка, научить родителей взаимодействовать с ребенком, чтобы активизировать его развитие [1, с. 57].

Показали свою эффективность в работе с детьми с РАС и с признаками РАС коррекционные занятия в сенсорной комнате, где особым образом организована предметно-пространственная среда, наполненная разными стимуляторами, которые положительно воздействуют на психическое и эмоциональное состояние ребенка.

В работе с детьми с РАС и признаками РАС используются и интерактивные технологии, например, развивающий коррекционный комплекс «Тимокко». Этот интерактивный компьютерный комплекс основан на технологии видео-биоуправления. Целью комплекса является развитие. Практика показала, что у детей есть интерес детей к таким занятиям, а значит, это нужно активно использовать для развития моторных навыков через билатеральную координацию, координацию глаз-рука. При этом развиваются внимание, контроль положения собственного тела в пространстве, коммуникативные навыки.

В комплексной реабилитации детей с РАС важное значение имеет специализированная логопедическая помощь. Кабинет специалиста хорошо оснащен специализированным оборудованием. Кроме обычных дидактических средств есть компьютерная технология коррекции общего недоразвития речи «Игры для тигры», логопедический тренажёр «Зеркало с отверстием», логопедический тренажер «Говорящее зеркало», оборудование для логопедического массажа.

Досуговая деятельность в работе по социальной адаптации и интеграции ребёнка в общество имеет свои особенности. Кроме участия в мероприятиях общей направленности – праздниках, экскурсиях, акциях, которые активно поддерживают родители, ведется работа по формированию конструктивных коммуникаций с окружающим миром. Поэтому в работе с семьей, воспитывающей ребенка-инвалида, делаются акценты на формирование у родителей позитивных установок на оптимизацию детско-родительских отношений; гармонизацию психологической атмосферы в семье; раскрытие потенциала своей семьи; формирование доверия к окружающему миру, укрепление чувства контроля над ситуацией.

В заключении, на *третьем* этапе, проводится мониторинг эффективности и результативности применения технологии, оцениваются результаты проведённой работы, в которые включены количественные и качественные показатели.

За период реализации Комплекса мер курс комплексной реабилитации в ГАУСО РЦ «Спасатель» Забайкальского края прошли 44 ребёнка с РАС и с признаками РАС от 3 до 18 лет, причем, наибольшее количество детей в возрастной категории от 8 до 14 лет (Таблица 1).

Таблица 1 – Возрастные показатели 2016 – 2018 гг.

Возраст	2016 г.	2017 г.	2018 г.
До 5 лет	-	1	2
5-7 лет	2	3	7
8-14 лет	5	7	11
Старше 14 лет	1	2	3
<b>Всего</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>23</b>

Ежегодно наблюдается увеличение количества детей с РАС (Рисунок 3).

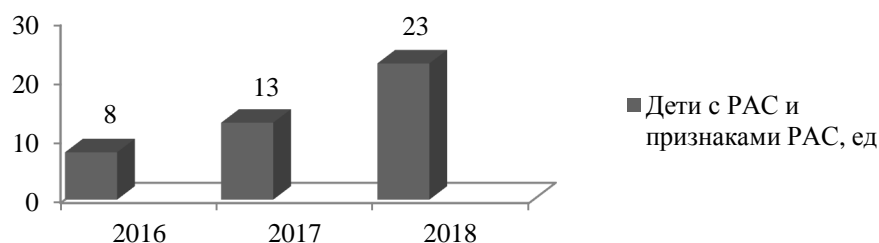


Рисунок 3 – Количественные показатели детей с РАС и с признаками РАС, прошедших реабилитацию за 2016 – 2018 гг.

В течение трёх лет зафиксировано преобладание мальчиков с РАС (Таблица 2).

Таблица 2 – Характеристика детей с РАС и с признаками РАС, прошедших реабилитацию за 2016-2018 гг.

Пол	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Девочки	1	2	6
Мальчики	7	11	17
<b>Всего</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>23</b>

В результате реализации технологии у детей с РАС и признаками РАС прослеживается незначительная положительная динамика по некоторым показателям первичной и итоговой диагностики:

- расширение круга социальных контактов, адаптация в условиях группового пребывания с 6 % до 9 %;
- усвоение ребенком определенных правил поведения в быту и общественных местах с 7 % до 9 %;
- расширение кругозора и обогащение словарного запаса с 5 % до 8 %;
- оптимизация навыков позитивного общения и конструктивного взаимодействия в диаде «родитель – ребенок» с 8 % до 10 %;
- повышение уровня элементарных представлений о ближайшем окружении с 7 % до 9 %.

Таким образом, наблюдения специалистов, анализ мониторинга качества услуг показали эффективность и результативность внедрения технологии комплексного сопровождения в работе с детьми с РАС и признаками РАС.

Для обеспечения устойчивости результатов мероприятий, реализованных в рамках Комплекса мер, специалистами Центра продолжена работа по реализации технологии «Комплексная психолого-медико-педагогическая помощь детям с РАС и с признаками РАС». Следует отметить, что специалисты учреждения транслируют накопленный опыт работы по внедрению новых методов и технологий работы с детьми с РАС и с признаками РАС на региональном, межрегиональном, а также международном уровне.

#### Библиографический список

1. Ефтифеева, Н.Г. Современные технологии в комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья / Н.Г. Ефтифеева, И.А. Иваненко. – Текст : электронный // Экология. Здоровье. Спорт : сборник науч. статей VII Международной науч.-практ. конф. / Забайкал. гос. ун-т. – Чита, 2019. – С. 53-59. – URL: [https://mir.ismu.baikal.ru/src/downloads/5b71974b\\_elektronnyiy\\_sbornik\\_\(2\).pdf](https://mir.ismu.baikal.ru/src/downloads/5b71974b_elektronnyiy_sbornik_(2).pdf) (дата обращения: 03.11.2022).

2. Ефтифеева, Н.Г. Технологии и методики работы с детьми с расстройствами аутистического спектра в условиях реабилитационного центра «Спасатель» Забайкальского края : опыт и решения / Н.Г. Ефтифеева, И.А. Иваненко. – Текст : непосредственный // Развитие системы комплексной реабилитации лиц с ограниченными возможностями:

материалы Межрегиональной научно-практической конференции / Забайкал. гос. Университет; отв. редактор С.Т. Кохан – Чита : ЗабГУ, 2021. – С. 90-99.

3. Об утверждении комплекса мер Забайкальского края по оказанию медико-социальной, социально-психологической, социально-педагогической помощи детям с расстройствами аутистического спектра и семьям, в которых они воспитываются, на 2017-2018 годы : Приказ Министерства труда и социальной защиты населения Забайкальского края от 17 июля 2017 N 1187. – URL: [https://xn--80ae0bbf.xn--80aaaac8algcbgk3f10q.xn--plai/documentation/mintrud/1187\\_17072017/](https://xn--80ae0bbf.xn--80aaaac8algcbgk3f10q.xn--plai/documentation/mintrud/1187_17072017/) (дата обращения: 01.11.2022).

4. Хаустов, А.В. Динамика развития системы образования детей с расстройствами аутистического спектра в России : результаты Всероссийского мониторинга 2020 года / А.В. Хаустов, М.А. Шумских // Аутизм и нарушения развития. – 2021. – Т. 19, N 1. – С. 4-11. – URL: [autdd\\_2021\\_n1\\_Haustov\\_Shumskikh.pdf](http://autdd_2021_n1_Haustov_Shumskikh.pdf) (psyjournals.ru) (дата обращения: 30.10.2022).

**Информация об авторах:** Н.Г. Ефтифеева, [natalya\\_eftifeeva@mail.ru](mailto:natalya_eftifeeva@mail.ru), И.А. Иваненко, [innesska-11@mail.ru](mailto:innesska-11@mail.ru)

**Information about the authors:** N.G. Eftifeeva, [natalya\\_eftifeeva@mail.ru](mailto:natalya_eftifeeva@mail.ru), I.A. Ivanenko, [innesska-11@mail.ru](mailto:innesska-11@mail.ru)

### **Использование технологии «учебно-тренировочная квартира» в социальной реабилитации детей-инвалидов**

**А.В. Сметанова**

Краевое государственное бюджетное учреждение социального обслуживания  
«Реабилитационный центр для детей-инвалидов, детей и подростков с ограниченными  
возможностями «Радуга», г. Красноярск, 660112, Россия

**Аннотация.** В статье рассматривается одна из самых серьезных проблем, с которой сталкиваются дети-инвалиды – это неприспособленность к самостоятельной жизни. Анализ сведений о характере социальной микросферы, в которой развиваются дети-инвалиды, показал, что чаще всего встречаются такие типы воспитания как гиперопека и гипоопека. В результате такого воспитания у ребенка формируются черты эмоциональной и социальной незрелости, завышенной самооценки, что способствует появлению эгоцентрических установок. Социально-бытовая адаптация является важной частью социальной интеграции детей-инвалидов в общество. Наиболее эффективной формой работы в повышении уровня сформированности социально-бытовых и социально-средовых навыков является формирование навыков самостоятельного проживания у детей с инвалидностью в специально оборудованном жилом помещении.

**Ключевые слова:** социально-бытовая реабилитация, социализация, подростки с инвалидностью, учебно-тренировочная квартира.

### **The use of the "training apartment" technology in the social rehabilitation of disabled children**

**A.V. Smetanova**

Regional State Budgetary Institution of Social service "Rehabilitation Center for disabled  
children, Children and adolescents with disabilities "Raduga",  
Krasnoyarsk, 660112, Russia

**Abstract.** The article deals with one of the most serious problems faced by disabled children - their inability to live independently. The analysis of information about the nature of the social microsphere in which disabled children develop has shown that such types of upbringing as overprotection and hypoprotection are most common. As a result of such upbringing, the child develops traits of emotional and social immaturity, overestimated self-esteem, which contributes to the emergence of egocentric attitudes. Social and household adaptation is an important part of the

social integration of disabled children into society. The most effective form of work in increasing the level of formation of social and social and environmental skills is the formation of skills of independent living in children with disabilities in a specially equipped living room.

**Keywords:** social rehabilitation, socialization, adolescents with disabilities, training apartment.

Одним из приоритетных направлений социальной политики государства является обеспечение всех граждан равными возможностями для доступа к социальным, экономическим, культурным ценностям, гарантии всем членам общества уважения к личности и соблюдения прав каждого. Федеральным Законом от 24 ноября 1995 N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», закреплено право детей-инвалидов на реабилитацию и социальную интеграцию [1]. Успех интеграции в значительной степени зависит от социально-бытовой деятельности человека, его способности самостоятельно организовать свой быт. Поэтому подготовить ребенка-инвалида к самостоятельной, независимой от помощи окружающих жизни – главная задача учебно-тренировочной квартиры. В сущности, весь процесс воспитания ребёнка-инвалида направлен на то, чтобы обеспечить его социальную адаптацию в общество.

По данным Федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов» общая численность детей-инвалидов в Красноярском крае неуклонно увеличивается. Так, на 01.01.2020 г. численность детей-инвалидов составляла 13 204 человека, на 01.01.2021 г. – 13 216 человек, на 01.01.2022 г. 13,5 тыс. Доля детей-инвалидов в общей численности инвалидов в на 01.01.2022 г. составила 7,06 [2].

В этой связи социализация детей-инвалидов является актуальной проблемой, успешное решение которой определяет перспективу дальнейшего психического развития ребенка и психоэмоциональную атмосферу в его семье. Дети-инвалиды, которые воспитываются дома, имеют мало возможности адаптироваться в социальной среде сверстников. Неприспособленность к независимой самостоятельной жизни – одна из самых серьезных проблем, с которой сталкиваются во взрослой жизни дети-инвалиды. Но, наряду с этим, нет единой, специальной программы для работы с детьми-инвалидами, а это влияет на качество подготовки таких ребят к самостоятельной жизни и их успешной интеграции в социум.

Учебно-тренировочная квартира на базе краевого государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Реабилитационный центр для детей-инвалидов, детей и подростков с ограниченными возможностями «Радуга», г. Красноярск (далее – КГБУ СО «Реабилитационный центр «Радуга») была создана в 2011 году в рамках городской целевой программы «Успешная семья – успешный город» и представляет собой модель специально оборудованного жилого помещения. Учебно-тренировочная квартира расположена в помещении типовой трехкомнатной квартиры и состоит из прихожей, гостиной, спальни, кухни, санузла. Тренировочная квартира расположена в жилом доме, поэтому занятия проводятся в обстановке обычного социального окружения, где по соседству живут другие люди, в шаговой доступности имеется магазин, остановка автобуса, почта и т. п. С учетом этого педагогами решаются следующие основные задачи:

- формирование у молодых людей с различными нарушениями развития навыков доступности бытовой, социально-коммуникативной, досуговой деятельности;
- развитие личностного потенциала обучающихся и поддержка их самореализации;
- организация сотрудничества с родителями по вопросам обучения и нормализации жизни их детей;
- содействие формированию уважительного отношения общества к лицам инвалидностью.

Для тренировки навыков ухода за помещением в отделке квартиры использованы материалы различной фактуры: линолеум, кафельная плитка, ковровое покрытие. Квартира обставлена традиционной мебелью, в ее оснащении использовались наборы необходимых бытовых предметов – постельное белье, посуда, уборочный инвентарь, бытовая техника и

прочее. Таким образом, дети имеют возможность освоить и тренировать навыки манипуляции с типичными бытовыми предметами.

Для детей с двигательными нарушениями в квартире имеется специализированное оборудование (поручни, шкафы, туалетные системы, станция поддержки для гигиенического обслуживания). Для самостоятельного передвижения и выполнения бытовых операций – трости, вертикализатор, поддержки-фиксаторы, специализированная посуда, бытовые приборы, постельное белье, уборочный инвентарь. Вместе с тем, имеется набор традиционных бытовых предметов для детей, способных освоить манипуляции с типичным набором предметов.

Всё пространство имеет визуальные опоры (фотографии с изображением предметов, последовательности действий и т.п.), необходимыми для детей с трудностями восприятия, мышления и планирования собственной деятельности.

Социальная реабилитация в условиях учебно-тренировочной квартиры позволяет сформировать у детей необходимые навыки для самостоятельного, независимого проживания, что в свою очередь, повышает качество жизни семей детей с инвалидностью, так как самостоятельность ребенка позволяет освободить часть личного времени родителей, в том числе и для профессиональной деятельности. Семьи получают информацию о современном реабилитационном оборудовании, способах его применения, эффективной организации пространства квартиры.

Целевой группой являются дети-инвалиды в возрасте от 12 до 18 лет с разным уровнем самостоятельности с различными физическими и умственными способностями, а так же их родители/законные представители.

Ежегодно учебно-тренировочную квартиру посещает более 70 детей-инвалидов. Многие ребята, посещающие такую квартиру, имеют тяжелые множественные нарушения развития, это значит, что у них одновременно и умственная отсталость, и проблемы со слухом, зрением, речью и большие трудности с передвижением, а иногда они не могут двигаться вовсе и перемещаются только при помощи инвалидного кресла.

В работе с такими детьми используются все виды наглядности: натуральная (посуда, одежда и др.); образная (рисунки, плакаты, картины); символическая (например: условные изображения служб вокзала, и др.); графическая (учебные инструкционные карты, стандартные инструкции, бланки квитанций, таблицы); схематическая (схема линий пассажирского транспорта).

Процесс воспитания самостоятельности начинается с самого порога дома, когда за ребенком приезжает специально оборудованный автомобиль. Сопровождает группу специалист по социальной работе, который перед поездкой инструктирует детей. Инструктаж заключается в привитии детям правил безопасности поведения в общественном транспорте, тем самым воспитывая в них ответственность за собственную безопасность.

Эффективное усвоение материала предполагает использование соответствующих методов, форм, приемов и средств обучения: объяснение, рассказ, беседа, практические работы, экскурсии, сюжетно-ролевые игры; инсценировка, использование наглядных средств обучения, демонстрация учебных кинофильмов, ИКТ.

*Объяснение* – метод, который проводится при соблюдении различных дидактических принципов, используемых в специальном обучении. Метод объяснения используется при изучении нового материала или для закрепления сложного, не усвоенного ранее.

*Рассказ* – повествовательное изложение содержания материала. Используют: рассказ-вступление, направленный на подготовку к восприятию нового материала; рассказ-изложение, раскрывающий содержание новой темы; рассказ-заключение, обобщающий материал.

*Беседа* – метод обучения, применяемый для сообщения новых знаний, закрепления, повторения, а также для контроля. Для построения беседы педагог выбирает небольшой по объему материал, делит его на несколько логических частей, к каждой части подбирает вопросы. Учитывается знания, опыт и типологические особенности подростков.

*Практические работы* направлены на выработку умения применять полученные знания на практике. В зависимости от задач занятия и оснащенности могут использоваться разные формы организации практических работ, как коллективные, так и индивидуальные.

*Экскурсии* – форма организации обучения, позволяющая изучать различные предметы, процессы в естественных условиях. Экскурсиям отводится значительное место в программе. Они могут быть вводными, текущими и итоговыми. Например, изучение темы «Продовольственные магазины» целесообразно начинать с ознакомительной экскурсии в гипермаркет. Текущие экскурсии служат для конкретизации и закрепления определенного материала. Итоговые экскурсии организуются при завершении работы над темой. Например, работу по теме «Экономика домашнего хозяйства» следует закончить экскурсией в Сбербанк.

Любая экскурсия не является самоцелью и используется в сочетании с другими формами организации обучения. В ходе экскурсий могут проводиться практические работы.

*Сюжетно-ролевые игры* – один из ведущих методов обучения. В сочетании с другими методическими приемами их целесообразно использовать при изучении таких разделов, как «Торговля», «Профориентация» и др. Сюжетно-ролевые игры в основном следует проводить на этапе закрепления пройденного материала и для формирования навыков общения. Воспроизводя в игре конкретные жизненные ситуации, дети применяют усвоенные ими знания и приемы. Вариантом сюжетно-ролевых игр является метод моделирования реальных сюжетных ситуаций, который может применяться как метод обучения и как форма организации деятельности.

Одним из важных направлений обучения детей-инвалидов, находящихся в учебно-тренировочной квартире, являются занятия в трудовой мастерской. На занятия в мастерской отводится примерно треть времени в течение дня. В трудовом воспитании главное внимание уделяется, во-первых, распределению трудовых операций в соответствии с возможностями каждого ребенка; во-вторых, напоминанию того, что начатое дело необходимо довести до конца; в-третьих, побуждению интереса ребенка к выполняемому заданию, а также к чувству гордости за конечный продукт («Я это сделал сам!»). Важно, чтобы каждый ребенок понял, что труд, прежде всего, необходим ему самому. Осознание необходимости труда как единственно возможного способа жизнедеятельности, раскрытия и реализации своих возможностей – главная цель трудового воспитания, и как итог воспитания самостоятельности.

По окончании курса проводится открытое занятие для родителей, где дети рассказывают и показывают своим родителям приобретенные навыки за время прохождения курса реабилитации на учебно-тренировочной квартире.

Важным направлением работы учебно-тренировочной квартиры является консультирование родителей. Так как учебно-тренировочная квартира расположена в помещении обычной квартиры, родители детей-инвалидов имеют возможность увидеть, как можно обустроить пространство собственной квартиры с учетом потребностей ребенка с физическими ограничениями. Также родителям предоставлена возможность получить консультацию по подбору и приобретению технических средств реабилитации и специализированного бытового оборудования.

За время пребывания в учебно-тренировочной квартире, дети осваивают с незначительной помощью посторонних, либо полностью самостоятельно как: вести домашнее хозяйство; соблюдать правила личной гигиены; обращаться с деньгами и банковскими картами; составлять сбалансированное меню, список необходимых продуктов, выбирать в магазине товары, согласно списку, производить расчет на кассе, готовить завтрак, обед и ужин; планировать досуговую деятельность; работать на компьютере, в программе 2ГИС. Дети учатся понимать роль труда в жизни человека, получают мотивацию к трудовой деятельности и потребность к приобретению профессии.

Таким образом, открытие подобного рода площадок является составляющей частью процесса реабилитации ребенка-инвалида, его интеграции в общество.

### Библиографический список

1. **Российская Федерация. Законы.** О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный закон от 24 ноября 1995 N 181-ФЗ. – URL: <http://pravo.gov.ru/> (дата обращения: 07.11.2022). – Текст : электронный.

2. **Федеральная государственная информационная система «Федеральный реестр инвалидов».** – URL: <https://sfri.ru/> (дата обращения: 07.12.2022). – Текст : электронный.

**Информация об авторах:** А.В. Сметанова, [alen4ik220191@mail.ru](mailto:alen4ik220191@mail.ru)

**Information about the authors:** A.V. Smetanova, [alen4ik220191@mail.ru](mailto:alen4ik220191@mail.ru)

### Аспекты социально-педагогической работы в рамках «Комплексной программы развития и социализации детей с ОВЗ»

**С.В. Сидорович, Л.В. Трошкина, Е.Л. Репина**

Муниципальное казенное учреждение Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Полярная звезда», г. Новокузнецк, 654025, Россия

**Аннотация.** В организацию работы с воспитанниками с ограниченными возможностями здоровья и членами их семей (законными представителями) внедрена «Комплексная программа развития и социализации детей с ОВЗ». Коррекционный компонент которой в социально-реабилитационном процессе воспитанника с ограниченными возможностями здоровья при совмещении организации мероприятий повышает воспитательный потенциал родителей (законных представителей). Программа построена на основе комплексного, т.е. целостного восприятия ребенка с ограниченными возможностями здоровья, как личности. Проблемы ребенка не отделяются от него самого, а развитие организуется в различных формах сознательной деятельности и реализуется через установление многообразных связей с миром.

**Ключевые слова:** воспитанник с ОВЗ, коррекционная работа, комплексная программа, социализация, социально-педагогическая работа.

### Aspects of social and pedagogical work within the framework of the "Comprehensive program for the development and socialization of children with disabilities"

**S.V. Sidorovich, L.V. Troshkina, E.L. Repina**

Municipal State Institution Social rehabilitation center for minors "Polar Star",  
Novokuznetsk, 654025, Russia

**Abstract.** A "Comprehensive program for the development and socialization of children with disabilities" has been introduced into the organization of work with pupils with disabilities and their family members (legal representatives). The correctional component of which in the social rehabilitation process of a pupil with disabilities, when combined with the organization of events, increases the educational potential of parents (legal representatives). The program is based on a comprehensive, i.e. holistic perception of a child with disabilities as a person. The child's problems are not separated from himself, but development is organized in various forms of conscious activity and is realized through the establishment of diverse connections with the world.

**Key words:** a pupil with disabilities, correctional work, a comprehensive program, socialization, socio-pedagogical work.

Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Полярная звезда» (далее – Центр) г. Новокузнецка является специализированным учреждением социального обслуживания, предназначенным для оказания социальных услуг несовершеннолетним, включая несовершеннолетних с девиантным поведением, находящимся в трудной жизненной



ситуации или социально-опасном положении, квалифицированной социальной помощи, социальной реабилитации и социальной адаптации.

Социально-педагогическая деятельность в Центре сфокусирована на достижении двух взаимосвязанных целей – успешной социализации несовершеннолетних как комплекса компетентностей по освоению социокультурного опыта и актуализация процесса самосознания личности ребенка, становление своего «Я», утверждение независимости наряду с универсальной способностью воспитанника самому определять приоритетные жизненные цели.

За последние годы наблюдается тенденция увеличения воспитанников с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью, прошедшими курс социально-реабилитационных мероприятий в нашем Центре, и, в связи с этим, перед педагогическим составом структурных подразделений актуализировался вопрос об организации социальной интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ) и детей-инвалидов в коррекционно-развивающее пространство и детский коллектив.

Группа воспитанников, с особенностями развития, обусловленными специфическими чертами, дефектами, составляла от общей численности воспитанников Центра, от 5 до 12 %. Именно для оказания социальных услуг в полном объеме данной категории воспитанников, специалистами службы психологического сопровождения воспитанников разработана и введена в практическую деятельность «Комплексная программа развития и социализации» для детей с ОВЗ и детей-инвалидов (далее – программа).

Воспитанники Центра, имеющие отклонения от норм жизнедеятельности вследствие нарушения здоровья, характеризуются частичным ограничением способности осуществлять ориентацию во времени, в пространстве, школьное обучение, нередко самообслуживание и передвижение, общение и трудовую деятельность. Прежде всего, это дети, имеющие частичную потерю слуха, зрения; дети, имеющие нарушения опорно-двигательного аппарата различной этиологии и степени выраженности; дети, имеющие задержку психического развития, умственную отсталость легкой, умеренной степени выраженности; дети, имеющие общее недоразвитие речи и заикание.

Основное внимание в рамках реализации «Комплексной программы развития и социализации» для детей с ОВЗ и детей-инвалидов обращено на освоение специалистами Центра профессиональных компетенций по разработке индивидуальных программ социального обслуживания как воспитанника с ОВЗ, так и его семьи. С этой целью в программе предложено внедрение коррекционного компонента в социально-реабилитационный процесс воспитанника с ОВЗ при совмещении с мероприятиями по повышению воспитательного потенциала родителей (законных представителей). В программе уделено особое внимание проблеме организации воспитательного процесса в контексте формирования личности воспитанника с ОВЗ, с учетом того, что данный контингент несовершеннолетних имеет специфические отклонения в поведении, расстройства и нарушения психики. Программа явилась крайне необходимым условием для формирования внешних ресурсов, необходимых ребенку с ОВЗ и семье для качественных преобразований в непростых обстоятельствах жизни.

Программа построена на основе комплексного, т.е. целостного восприятия ребенка с ОВЗ как личности, обладающей внутренними возможностями, способностью к компенсации нарушенных функций и развитию.

Проблемы ребенка не отделяются от него самого. Развитие его возможностей и способностей, решение его проблем организуется в различных формах сознательной деятельности и реализуется через установление многообразных связей с обществом. Предметом особого рассмотрения в программе является изменение отношения членов семьи к проблеме ребенка и способам ее решения. Изменить отношение родителей – это значит научить их относиться к ребенку как к личности, а не как к объекту ухода и лечения, верить в его способность к развитию, искать способы компенсации нарушенных функций, создавать для этого развивающую среду. Формирование активной позиции семьи, созидательная направленность этой активности должны осуществляться при сохранении комфортного и,

по возможности, гармоничного состояния каждого члена семьи. Это условие обеспечивает успешность взаимодействия с ребенком в семье и, во многом, определяет результативность действий родителей. Предъявляя к ребенку адекватные требования, учитывая его состояние и особенности, родители смогут точно распределять свои силы и нагрузки на ребенка, прогнозировать результаты своих действий и реакцию ребенка на них.

В содержании программы большое внимание уделяется *психолого-педагогическим* знаниям и практическим приемам взаимодействия ребенка, его семьи и специалистов. Например, специалист по речи (логопед) определяет тип речевого нарушения у ребенка, составляет для него долгосрочную комплексную программу коррекционно-развивающих мероприятий, и 2-3 раза в неделю оказывает ребенку квалифицированную помощь: делает массаж мимических мышц лица и языка, дыхательную гимнастику, проводит занятия по развитию чувственной основы речи и т.д. Присутствуя на занятиях логопеда, родители (законные представители) учатся у него простым, практическим приемам активизации речевой функции и в домашней обстановке закрепляют тот материал, который ребенок сумел освоить на занятиях. Некоторые логопедические приемы являются не только доступными, но и занимательными, интересными для выполнения всей семьей. Это различные виды гимнастик: дыхательная, артикуляционная, голосовая; игры по развитию фонематического восприятия и другие игры.

Личность воспитанника с ОВЗ характеризуется недоразвитием всех сфер психической деятельности интеллектуальной, эмоционально-волевой, нравственной, что приводит при недостатке своевременной коррекции к крайне низкому уровню социализации. Недоразвитие морально-этических качеств в сочетании с подчиняемостью более сильной личности, неумением прогнозировать последствия своих поступков приводят воспитанников с ОВЗ к нарушению режимных моментов Центра. Поэтому большое внимание при проведении мероприятий по «Комплексной программе развития и социализации» уделялось психолого-педагогическому сопровождению воспитанников с ОВЗ, особенно, старшей возрастной категории.

В программе специалисты службы психологического сопровождения несовершеннолетних работали по модели реабилитации, включающей три различных вида вмешательства: *консультативное обучение, защиту прав и психологическую помощь.*

*Консультативное обучение* предполагает обучение воспитанника с ОВЗ правилам поведения с учетом специфики его развития. Это, прежде всего, информирование несовершеннолетнего о неправильных особенностях его поведения. При проведении консультирования психолог сообщает необходимую информацию в позитивном ключе, ориентируясь на перспективу развития, а не на его реальное состояние. Позитивное отношение, эмпатия, конкретность, теплота в обращении – все это неотъемлемые составные части системы взаимоотношений консультанта и воспитанника с ОВЗ.

Следующий элемент программы в рамках модели - *защита прав воспитанника с ОВЗ*, т.е. руководство поиском необходимой ему информации и доступных услуг. Изначальная цель консультативной защиты прав – помочь воспитаннику с ОВЗ ощутить контроль над событиями собственной жизни. Организуя реабилитационный процесс, специалист службы психологического сопровождения определяет уровень сформированности «Я-концепции» у воспитанника, и определяет приоритетные направления в коррекционной работе. Защита прав предполагает четкое информирование воспитанника с ОВЗ о возможных жизненных перспективах, о системе учреждений, в которых воспитанник может обучаться, реабилитироваться. Консультативная защита помогает воспитанникам с ОВЗ уверенно и упорно работать над улучшением своего поведения.

*Психологическая помощь* – важный элемент «Комплексной программы развития и социализации», которая помогает воспитанникам с ОВЗ принять или изменить негативные чувства или модели поведения. Специалисты службы психологического сопровождения обучают их когнитивным техникам, помогающим исправлять неверное впечатление и снижать стресс от их включения в жизнь общества; техники по формированию социальных

навыков поведения; навыки «произведения впечатления». Эта часть программы основана на сочетании арт-терапии, игротерапии (куклотерапии) и элементов когнитивных техник.

Психологическая помощь воспитанникам с ОВЗ и родителям (законным представителям) несет широкие функции – это и коррекция, и развитие, и воспитание. В ходе реабилитационной работы по программе воспитанникам прививаются навыки дисциплинированности: не опаздывать на занятия, понимать, что неорганизованность порицается, помогать соблюдать правила другим; планировать время занятий и отдыха; самостоятельно выполнять домашние задания; уметь выслушивать критику и правильно реагировать на замечания; соблюдать необходимые правила безопасности, правила дорожного движения и проч.; культурно вести себя в общественных местах, например, соблюдать тишину.

Групповая психокоррекционная работа помогает сформировать у воспитанника с ОВЗ навыки и привычки вежливого обращения с окружающими: здороваться, выслушивать собеседника не перебивая; понятно излагать свои мысли; считаться с окружающими; просить извинения за грубость или другую провинность; активно предлагать свою помощь другим, не требуя взамен ничего. Эти задачи можно отнести скорее к воспитательным, чем психотерапевтическим, так как мы часто сталкиваемся со случаями социальной запущенности воспитанника с ОВЗ, когда в семьях не были привиты элементарные навыки общежития. Поэтому решение воспитательных задач облегчает и решение психотерапевтических. В основу психокоррекционной работы положено сочетание арт-терапии, игровой и куклотерапии, которые не апеллируют к интеллектуальным возможностям детей, а направлены на опосредованную регуляцию его аффективной и поведенческой сфер.

Конечный результат практического освоения «Комплексной программы развития и социализации» для детей с ОВЗ характеризуется комплексом достижений: развитием воспитанника с ОВЗ на основе его компенсаторных возможностей, адаптацией в социокультурном пространстве и его включенностью в активную общественную жизнь Центра.

**Информация об авторах:** С.В. Сидорович, Л.В. Трошкина, Е.Л. Репина, [nk@pstar42.ru](mailto:nk@pstar42.ru)

**Information about the authors:** S.V. Sidorovich, L.V. Troshkina, E.L. Repina, [nk@pstar42.ru](mailto:nk@pstar42.ru)

### **Исследование детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с ОВЗ**

**М.П. Быкова**

Государственное бюджетное учреждение Республики Хакасия «Саяногорский реабилитационный центр для детей с ограниченными возможностями»,  
г. Саяногорск, 655603, Россия

**Аннотация.** В последнее время большую актуальность приобретает проблема детско-родительских отношений в семье. Для семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, эта проблема особенно актуальна. Семья, воспитывающая ребенка с ограниченными возможностями здоровья – это семья с особым статусом. Такие семьи при появлении в ней ребенка, имеющего определенные нарушения в развитии, сталкиваются с проблемой изменения отношений. Исследования, проведенные в этой области знаний, показывают, что первые чувства, которые испытывают родители при рождении такого ребенка, это прежде всего вина, горечь и шок. Таким образом, такие семьи нуждаются в постоянной психологической поддержке, в связи с чем должна быть выстроена система психологического сопровождения семьей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

В статье рассматриваются вопросы совершенствования методов обучения родителей во взаимодействии с детьми, имеющими ОВЗ. Предложен методический комплекс, позволяющий исследовать особенности формирования детско-родительских отношений. При

исследовании обнаружена необходимость разработки рекомендаций, включающих в себя занятия, позволяющие корректировать выявленную деструктивность отношений между родителями и детьми с ОВЗ.

**Ключевые слова:** детско-родительские отношения, семья, дети с ограниченными возможностями здоровья, принятие.

### **Study of child-parental relations in families raising children with HIA**

**M.P Bykova**

Sayanogorsk Rehabilitation Center for children with disabilities. Republic of Khakassia,  
Sayanogorsk, 655603, Russia

**Abstract.** In recent years, the problem of child-parent relations in the family has become more urgent. For families raising children with disabilities, this problem is especially relevant. A family raising a child with disabilities is a family with a special status. Such families, when a child with certain developmental disabilities appears in it, face the problem of changing relationships. Research conducted in this area of knowledge shows that the first feelings that parents experience when such a child is born are primarily guilt, bitterness, shock. Thus, such families need constant psychological support, and therefore a system of psychological support for families raising a child with disabilities should be built.

The article discusses the issues of improving the methods of teaching parents in interaction with children with disabilities. A methodological complex is proposed that allows us to study the features of the formation of child-parent relations. The study revealed the need to develop recommendations that include classes that allow correcting the revealed destructiveness of the relationship between parents and children with disabilities.

**Key words:** child-parental relations, family, children with disabilities, acceptance.

*Актуальность исследования.* В настоящее время проблема детско-родительских отношений не утрачивается даже на сегодняшнем этапе развития науки, когда в научно-методической литературе достаточное количество работ, посвященных её изучению.

Как мы знаем, семьи разнятся по составу, по количеству детей и в зависимости от отношений между родителями и детьми. Ученые установили, что эти особенности влияют как на личность самого ребенка, так и на особенности детско-родительских отношений. Именно семья, по мнению абсолютного большинства теоретиков и практиков, считается по праву первым социальным институтом, где происходит социализация ребенка, формирование его личности, что определенно способствует поддержанию интереса к данной проблематике.

Стоит отметить, что последнее десятилетие характеризуется возрастанием числа работ в социальных и психологических науках, посвященных изучению различных аспектов проблематики семей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ), что связано с тенденцией роста численности таких детей в социуме.

Анализ последних научных исследований А.В. Петрова, А.Я. Варги, Т.В. Архиреевой и других дает возможность утверждать, что учеными и исследователями уделяется внимание не только методическим вопросам формирования у таких детей знаний, умений и навыков, но и семьям, в которых происходит воспитание. Исследования направлены на поиск решений вопроса совершенствования методов обучения родителей во взаимодействии с детьми, имеющими ОВЗ, а также в целом на разработку таких программ, которые способствовали бы включению семьи в поле коррекционного воздействия. Так как именно семья является тем доминирующим фактором в социальной адаптации и дальнейшем развитии личности ребенка, который важно учитывать при работе с детьми с ОВЗ [3].

Так, тенденция к росту численности детей с ОВЗ и наличие проблем в семейном воспитании таких детей, которые в будущем приводят к нарушению личностного развития ребенка, способствовали выбору в качестве темы исследовательской работы «Детско-

родительские отношения в семьях, воспитывающих детей с ОВЗ», которая, к сожалению, в последние десятилетия становится все актуальней в силу роста численности детей с ОВЗ.

Таким образом, актуальность выбранной проблематики очевидна и обуславливается в равной мере степенью разработанности вопроса организации психокоррекционной помощи семьям, воспитывающих детей с ОВЗ, а также влиянием отклонений на личность ребенка и его социально-психологическую адаптацию, которое характеризуется как дезадаптирующее.

Вопрос детско-родительских отношений является достаточно разработанным в психологической науке. Данной проблематике посвящены работы зарубежных классиков З. Фрейда, Э. Эриксона, К. Хорни, К. Роджерса, а также отечественных исследователей и ученых, среди которых следует отметить труды Л.С. Выготского, Б.Д. Эльконина, В.И. Слободчикова, М.И. Лисиной, А.Я. Варги, Е.Т. Соколовой и других.

Вопросы детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с ОВЗ, разрабатывались в трудах Т.Г. Богдановой, И.Ю. Левченко, Е.А. Медведевой, Л.И. Солнцевой, С.М. Хорош, Г.А. Мишиной, О.Г. Приходько, Н.В. Мазуровой, В.В. Ткачевой, М.П. Краузе.

Важное значение, по мнению А.В. Петрова, А.Я. Варги, Т.В. Архиреевой и других, имеет именно специфика детско-родительских отношений, то есть то, как взаимодействуют родители и дети, как родители общаются с детьми [7].

Основываясь на исследования ученых (Ю.А. Блинков, Т.Г. Богданова, Г.А. Мишина, В.В. Ткачева и др.), подчеркнем, что в семьях, которые воспитывают детей с ОВЗ, наблюдается нарушение семейных подсистем (супружеская (муж – жена), родительская (родитель – ребенок), сибсовая (брат – сестра), расширенная (экстрасемейная) – взаимодействие с друзьями, профессионалами и пр.). Такие нарушения могут быть связаны с наличием сильного страха родителей за ребенка, что проявляется в ограничении его свободы в самостоятельности и в дальнейшем приводит к развитию у него «выученной беспомощности». Кроме того, наличие в семье такого ребенка может влиять и на отношения типа родитель-ребенок, так как происходит избегание родительских взаимоотношений с ребенком из-за его отклонений [6].

По мнению А.Я. Варги и В.В. Столина, родительские отношения следует рассматривать в качестве системы разнообразных чувств относительно ребёнка, поведенческих стереотипов, которые имеют место в процессе общения с ним, особенностей восприятия и понимания характера и личности ребёнка, его поступков [1].

Немаловажным является факт того, что с ростом ребенка происходит и изменение отношений к нему со стороны родителей, так как непосредственно у ребенка происходит трансформация мировоззрения, изменение ведущей деятельности, а также становление его как личности. Все это дает возможность сделать вывод о том, что отношения родителей к ребенку определяются как личностными особенностями самих родителей, так и возрастными особенностями самого ребенка [9].

Как известно, семьи, воспитывающие детей с ОВЗ, характеризуются достаточно специфическими особенностями. Поэтому, на наш взгляд, целесообразно изложить важные функции таких семей, которые имеют место быть в ряде общепринятых и общеизвестных функций (репродуктивная, воспитательная, коммуникативная). К таким функциям можно относить коррекционно-развивающую, компенсирующую и реабилитационную, которые направлены на восстановление психофизического и социального статуса ребенка, достижение им материальной независимости и социальной адаптации [8].

Безусловно, данные функции варьируются в зависимости от того, на каком возрастном и личностном этапе находятся члены семьи. Однако неоспоримым остается факт того, что семья способствует возникновению и дальнейшему развитию у ребенка элементарных знаний и навыков поведения, представления о себе и других, о мире в целом. Исходя из этого, подчеркнем, что именно гармоничные и благоприятные внутрисемейные отношения, адекватное отношение к особенностям ребенка, а также к его проблемам и трудностям рассматриваются в качестве доминирующих факторов реабилитации растущей личности. Так как именно

от отношения родителей и ближайшего отношения к ребенку будет зависеть формирование тех или иных его качеств [2;3].

*Цель исследования:* выявить особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с ОВЗ.

*Методы исследования:*

- теоретические методы (анализ психолого-педагогической литературы, обобщение и систематизация, синтез информации по проблеме исследования);
- эмпирические методы исследования: методики, тесты и опросники, беседа с родителями.

В исследовании детско-родительских отношений участвовали 20 семей, воспитывающих детей с ОВЗ. Базой исследования стало Государственное бюджетное учреждение Республики Хакасия «Реабилитационный центр для детей с ограниченными возможностями» г. Саяногорска.

В исследовании использованы следующие методики диагностики: тест-опросник А.Я. Варга, В.В. Столина [4]; «Кинетический рисунок семьи» (С. Бернса и С. Кауфмана) [7]; «Шкала семейного окружения», адаптирована С.Ю. Куприяновым.

По методике тест-опросник А.Я. Варга, В.В. Столина при исследовании родительских отношений в семье с детьми с ОВЗ получены следующие результаты: «отвержение» – 24 %, «авторитарная гиперсоциализация» – 42 %, «маленький неудачник» – 36 %.

Полученные результаты можно объяснить тем, что ребенок с ОВЗ представляется родителям неприспособленным, неуспешным. Он вызывает у родителей сильные негативные чувства (раздражение, злость, досаду), эмоциональное отвержение. Родители, как правило, требуют у детей послушания и дисциплины, навязывая ребенку свою волю. Для родителей ребенка с ОВЗ, кажется, что их дети намного меньше, в отличие от нормально развивающихся сверстников, в связи с чем, родители всегда воспринимают окружающий мир как агрессивный и таким образом пытаются отгородить своих детей от трудностей, тем самым контролируя все их действия.

По методике «Кинетический рисунок семьи» (С. Бернса и С. Кауфмана) [7] выявлены следующие особенности взаимоотношений в семьях: в рисунках детей с ОВЗ имеет место повышенная тревожность и конфликтность, о чем свидетельствует штриховка, сильный нажим на карандаш, которые дети часто используют в рисунке. Зачастую дети забывали нарисовать какую-либо часть тела или лица. Так же были те, в чьих рисунках отсутствовали кто-либо из членов семьи, что свидетельствовало о том, что к данному члену семьи дети испытывали негативные чувства, имела место конфликтность в отношениях. Были рисунки, где дети не нарисовали себя, т.е. они чувствовали себя одинокими и брошенными в семье. У всех детей рисунки выполнены схематично, персонажи на рисунках похожи друг на друга. Линии резкие, угловатые, что свидетельствует об эмоциональном напряжении, внутреннем возбуждении, чувстве тревоги.

По методике «Шкала семейного окружения», адаптированной С.Ю. Куприяновым, выявлены следующие особенности: по показателю «Сплоченность» – выявлена средняя степень выраженности заботы членов семьи друг о друге, стремления помогать друг другу, а также выраженности чувства принадлежности к семье. По показателю «Экспрессивность» также наблюдается средняя степень возможности в семье открыто действовать и выражать свои чувства. По показателю «Конфликт» – выявлена повышенная степень открытого выражения гнева, агрессии и конфликтных взаимоотношений в целом для семьи.

Таким образом, итоги проведенного исследования показали, что детско-родительские отношения в семьях, воспитывающих ребенка с ОВЗ, характеризуются особенностями: чаще всего со стороны родителей отсутствует поддержка, забота, а порой даже и любовь. В отношениях с окружающими отмечается повышенный уровень эмоциональной напряженности, конфликтности. Как правило, стилем родительского отношения является «авторитарная гиперсоциализация», проявляющаяся в жестком контроле за деятельностью ребенка, за его

поведением. Эмоционально родители считают ребенка неприспособленным к окружающей его действительности. Это типы неэффективного (нарушенного) родительского отношения.

Полученные результаты исследования детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с ОВЗ, свидетельствуют о необходимости разработки рекомендаций, включающих в себя занятия, позволяющие корригировать выявленную деструктивность отношений между родителями и детьми с ОВЗ.

#### **Библиографический список**

1. Борисова, Ю.Н. Социализация семей, воспитывающих детей с нарушениями развития, в условиях лекотеки / Ю.Н. Борисова. – Текст : непосредственный // Особый ребенок : формирование адекватной жизненной перспективы : материалы II межрегиональной научно-практической конференции (6-10 декабря 2012) / Под ред. А.Ю. Белогурова, О.Е. Булановой, Н.В. Поликашевой. – М., 2012.
2. Бикметов, Е.Ю. Социализация в семье детей с ограниченными физическими возможностями : условия и факторы / Е.Ю. Бикметов, З.Л. Сизоненко, О.Н. Юлдашева. – Уфа : Аркаим, 2012. – 171 с. – Текст : непосредственный.
3. Бордовская, Н.В. Педагогика. Учебник для вузов / Н.В. Бордовская, А.А. Реан. – СПб. : Издательство «Питер», 2000. – 304 с. – Текст : непосредственный.
4. Варга, А. Я. Структура и типы родительского отношения : дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. / Варга Анна Яковлевна. – М., 1986. – 206 с. – Текст : непосредственный.
5. Голерова, О.А. Детско-родительская группа : интеграция дополнительного образования и психолого-педагогической практики / О.А. Голерова. – Текст : непосредственный // Особый ребенок : формирование адекватной жизненной перспективы : материалы II межрегиональной научно-практической конференции (6-10 декабря 2012) / Под ред. А.Ю. Белогурова, О.Е. Булановой, Н.В. Поликашевой. – М., 2012.
6. Исаев, Д.Н. Психосоматические расстройства у детей / Д.Н. Исаев. – СПб., 2000. – Текст : непосредственный.
7. Кинетический рисунок семьи : введение в понимание детей через кинетические рисунки : [Пер. с англ. ] / Р.С. Бернс, С.Х. Кауфман. [2. изд., стер.]. – М. : Смысл, 2003. – 142 с. – Текст : непосредственный.
8. Копытин, А.И. Арт-терапия детей и подростков / А.И. Копытин, Е.Е. Свистовская. – М. : Когито-Центр, 2006. – Текст : непосредственный.
9. Менделевич, В.Д. Неврология и психосоматическая медицина / В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева. – М. : МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с. – Текст : непосредственный.

**Информация об авторах:** М.П. Быкова, [manyna.1980@mail.ru](mailto:manyna.1980@mail.ru)

**Information about the authors:** M.P. Bykova, [manyna.1980@mail.ru](mailto:manyna.1980@mail.ru)

#### **Основные проблемы и потребности у семей, имеющих детей-инвалидов, по результатам социологического исследования**

**Т.В. Хромова, В.Г. Сухих**

Краевое государственное казенное учреждение «Ресурсно-методический центр системы социальной защиты», г. Красноярск, 660049, Россия

**Аннотация.** В рамках подпрограммы «Формирование и совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов» государственной программы «Развитие системы социальной поддержки граждан» краевым государственным казенным учреждением «Ресурсно-методический центр системы социальной защиты населения» проведено социологическое исследование на тему: «Определение социально-экономического положения семей с детьми-инвалидами, проблем в процессе реабилитации и абилитации детей-инвалидов»

различных нозологических групп, проживающих на территории Красноярского края, отношения общества к детям-инвалидам в 2022 году».

Цель социологического исследования определяется необходимостью выявления соответствия предоставляемых государством и обществом услуг реальным потребностям семей с детьми-инвалидами, а также ключевых проблем и трудностей реабилитации и абилитации и отношения общества к детям-инвалидам.

Данная статья посвящена изучению проблем семей, имеющих детей-инвалидов, проживающих на территории Красноярского края, с учетом различных нозологий и места их проживания в рамках проведенного социологического исследования.

**Ключевые слова:** инвалидность, дети-инвалиды, семьи с детьми-инвалидами, комплексная реабилитация и абилитация, социологическое исследование, общество.

### **The main problems and needs of families with disabled children, according to the results of the sociological research**

**Tatyana V. Khromova, Valentina G. Sukhikh**

Leading Expert of the Social Technologies Development Department  
Regional state treasury institution "Resource and methodological center  
of the social protection system", Krasnoyarsk, 660049, Russia

**Abstract.** Within the framework of the subprogram “Formation and improvement of the system of comprehensive rehabilitation and habilitation of the disabled” of the state program “Development of the citizens social support system”, the regional state institution “Resource and methodological center of the social protection system” conducted the sociological study on the topic of “Determining the socio-economic status of families with disabled children, problems in the process of rehabilitation and habilitation of disabled children of various nosological groups living in the Krasnoyarsk Territory, public attitudes towards disabled children in 2022”.

The purpose of the sociological study is important and determined by the need to identify the compliance of the services provided by the government and society with the real needs of families with disabled children, as well as to identify the key problems and difficulties of rehabilitation and habilitation and the attitude of society towards disabled children.

This article is devoted to the research of the problems of families with disabled children living in the Krasnoyarsk krai, taking into account various nosologies and their place of residence in the framework of the sociological research.

**Key words:** disability, disabled children, families with disabled children, comprehensive rehabilitation and habilitation, sociological research, society.

Проблема инвалидности в своем развитии прошла очень долгий и сложный путь. Только к середине XX века общество пришло к осознанию равных со всеми прав людей, имеющих инвалидность, и начало построение гуманной модели, в основе которой лежит активная помощь таким людям со стороны общества в процессе его жизнедеятельности.

Во все большем количестве стран утверждается мысль о том, что люди с инвалидностью, в том числе дети-инвалиды, обладают такой же ценностью, как и другие граждане, не имеющие ограничений здоровья. Все более очевидной становится борьба между человеческим идеалом силы, красоты и продуктивности и нашей убежденностью в одинаковой ценности всех людей, даже слабых и полностью зависимых от других. Можно измерить интеллект, но нельзя измерить ценность человека [4, с. 3].

Международный опыт показывает, что эффективным вариантом для оптимальной жизнедеятельности людей с инвалидностью является комплексная помощь со стороны государства, общества, основанная на принципе нормализации их жизни. Суть данного принципа заключается в организации доступных форм повседневного существования и



условий жизни для людей, имеющих инвалидность, которые являются как можно более близкими к общепринятым.

Следуя принципу нормализации жизни, многим людям, имеющим инвалидность, возможно организовать и предоставить комфортные условия для достижения полной самостоятельности, нормальной жизнедеятельности и социальной адаптации [2, с. 6].

Тем не менее, в Российской Федерации, по данным федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов» (далее – ФРИ), наблюдается тенденция к увеличению числа детей-инвалидов на 1 января 2022 года. В связи с чем, государство осознает особую важность в решении проблем семей с детьми-инвалидами и необходимость разработки новых подходов к их решению.

Таким образом, государством разработана Концепция развития комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов на период до 2025 года, утвержденная Распоряжением Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2021 N 3711-р (далее – Концепция). Её цель – «обеспечение доступности для инвалидов качественных, эффективных, безопасных и научно обоснованных реабилитационных (абилитационных) услуг и технических средств реабилитации в сочетании с реализацией исчерпывающих мер, направленных на социальную адаптацию и интеграцию инвалидов во все сферы жизни общества для достижения ими максимально возможной независимости и повышения качества жизни, с учетом современного международного понимания инвалидности как совокупности барьеров, затрудняющих обычную жизнь человека при наличии у него стойких нарушений здоровья и функций организма» [5].

Концепцией определено, что система комплексной реабилитации и абилитации «представляет собой совокупность мер по обеспечению инвалидов, в том числе детей-инвалидов, 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» [5].

В рамках подпрограммы «Формирование и совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов» государственной программы «Развитие системы социальной поддержки граждан» краевым государственным казенным учреждением «Ресурсно-методический центр системы социальной защиты населения» проведено социологическое исследование на тему: «Определение социально-экономического положения семей с детьми-инвалидами, проблем в процессе реабилитации и абилитации детей-инвалидов различных нозологических групп, проживающих на территории Красноярского края, отношения общества к детям-инвалидам в 2022 году».

Цель социологического исследования определяется необходимостью выявления соответствия предоставляемых государством и обществом услуг реальным потребностям семей с детьми-инвалидами, а также ключевых проблем и трудностей реабилитации и абилитации детей-инвалидов и отношения общества к данной категории детей.

Общий объем выборки для проведения исследования составил 420 респондентов, среди которых 210 человек – родители (законные представители) детей-инвалидов различных нозологических групп (нарушения опорно-двигательного аппарата, функций слуха, зрения, ментальные нарушения) и 210 человек – граждане Красноярского края в возрасте старше 18 лет (разных возрастных групп).

Генеральная совокупность – жители 15 территориальных муниципальных образований Красноярского края: гг. Ачинск, Бородино. Канск, Лесосибирск, Минусинск, Сосновоборск, Шарыпово, а также районы: Ачинский, Канский, Минусинский, Ермаковский, Кежемский, Манский, Уярский, Шарыповский.

Данное исследование проводилось в двух форматах: очный опрос родителей детей-инвалидов в помещениях учреждений социального обслуживания населения (в том числе в пунктах проката технических средств реабилитации) и очный опрос граждан Красноярского края в местах общего пользования и на улицах муниципальных образований и городских округов.

Для достижения поставленной цели использовались следующие методы исследования:

1. Теоретические методы – изучение и анализ нормативной правовой базы по части комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в Российской Федерации, статистики ФГИС ФРИ.

2. Эмпирические методы – опрос родителей, имеющих ребенка с инвалидностью, а также граждан Красноярского края в возрасте старше 18 лет и анализ полученных сведений для дальнейшей разработки с учетом результатов исследования. Анализ эмпирических данных осуществлялся с помощью возможностей статистико-математического пакета SPSS.

Для представления общей картины о семье, имеющей ребенка-инвалида, в анкету-опросник были включены вопросы определения социального статуса семьи.

В ходе проведения очного опроса родителей 53,8 % детей-инвалидов проживают в полных семьях, количество неполных семей, в которых родители разведены и дети воспитываются одним родителем, составило 37,6 %.

Картина социального статуса родителей детей-инвалидов говорит о том, что совмещать уход за ребенком и вести трудовую деятельность крайне тяжело. Многие жертвуют не только своим временем, но и карьерным ростом, возможностью получать образование. Все ресурсы – физические, моральные – направлены на заботу о ребенке. В ходе проведения очного опроса выяснилось, что значительная часть родителей (законных представителей) состоит из взрослого населения в возрасте 36-45 лет, подавляющее большинство из них – лица женского пола (90,4 %). Такая картина обусловлена в первую очередь тем, что уход за детьми-инвалидами, имеющими серьезные проблемы со здоровьем, зачастую лежит на плечах женщин.

Из числа опрошенных семей у 92,4 % составлена индивидуальная программа реабилитации или абилитации (далее – ИПРА), согласно которой были выделены основные виды ограничения жизнедеятельности у детей-инвалидов: расстройства поведения, нарушение опорно-двигательного аппарата, нарушение интеллекта и психоневрологические расстройства, нарушение зрения, нарушение слуха.

Обнаружение у ребенка отклонений в развитии, независимо от характера и сроков его заболевания и подтверждение инвалидности, вызывает значительные изменения в жизнедеятельности семьи, затрагивающие практически все стороны семейной жизни. В первую очередь это материальное благосостояние семей. Наличие инвалидности требует для ребенка постоянного лечения, реабилитации, специальных режимов образования, социальной адаптации и интеграции в общество.

Анализ материального положения семей с детьми-инвалидами опирался на собственные оценки благосостояния опрошенных родителей. Согласно полученным результатам, более половины родителей детей-инвалидов характеризуют свое материальное положение как достаточное для приобретения продуктов питания и необходимой одежды, а на крупные покупки приходится откладывать (54,3 %). У значительной части опрошенных семей доходов хватает только для приобретения продуктов питания (21 %). При этом лишь у небольшого количества семей бюджета не хватает даже на продукты питания, и им приходится часто занимать деньги (7,6 %) [1].

Таким образом, можно сделать вывод, что уровень доходов у семей с детьми-инвалидами средний и ниже среднего. Родители не могут сказать о ближайших перспективах их материального будущего, почти каждый третий респондент считает, что положение дел не претерпит серьезных изменений в ближайшие годы.

Наиболее значимыми проблемами для семей с детьми-инвалидами являются такие, как: отсутствие необходимых медицинских услуг, сложности в обеспечении бесплатными лекарственными препаратами, трудности при установлении инвалидности ребенка. Кроме этого качество предоставляемых услуг в соответствии с ИПРА ребенка-инвалида зачастую не удовлетворяют родителей. Не менее актуальной проблемой для родителей детей-инвалидов является бестактное отношение к их ребенку со стороны окружающего общества.

В ходе исследования родители, воспитывающие детей-инвалидов, выделили

несколько приоритетных направлений помощи: медико-социально-психологическая помощь, отдых и оздоровление детей-инвалидов, а также адресная материальная помощь, помощь в улучшении жилищных условий, трудоустройстве и приобретении средств передвижения.

Основным источником реальной помощи детям-инвалидам и их семьям, по мнению родителей, является государство (через органы социальной защиты населения и другие учреждения). Также родители детей-инвалидов считают, что в последние пять лет им уделяется больше внимания и поддержки, чем раньше.

В целом можно говорить о позитивной динамике в оказании помощи детям-инвалидам со стороны государства. Оценка родителями детей-инвалидов качества и доступности социальных услуг осуществлялась по нескольким направлениям реабилитации и абилитации: реабилитация и абилитация посредством физкультуры и спорта, социокультурная, социально-средовая, социально-психологическая, социально-педагогическая реабилитация и социально-бытовая адаптация.

Было выявлено, что самые высокие показатели полной удовлетворенности демонстрируют социально-педагогическая (69 %), а также социально-психологическая реабилитация и абилитация (68,6 %), на третьем месте по степени удовлетворенности оказанием социальных услуг находится социокультурная реабилитация и абилитация (67,6 %).

Исходя из полученных данных, важно отметить высокую заинтересованность родителями детей-инвалидов предоставлением возможности посещения различных спортивных занятий, кружков, секций, клубов, школ искусств по интересам.

В последнее время значительное внимание уделяется инклюзивному образованию, направленному на обучение детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательной школе, где разрабатываются специальные учебные программы для детей-инвалидов и привлекаются к процессу обучения необходимые специалисты. По мнению родителей детей-инвалидов, было выделено пять основных форм обучения, которые они считают наиболее оптимальными для их детей: коррекционно-развивающее обучение при массовых школах, специальное (коррекционное) обучение, инклюзивное образование детей с ограниченными возможностями здоровья (в массовой школе в одном классе со здоровыми детьми), обучение в условиях домашнего (семейного) образования и надомное обучение при массовых и специальных школах.

Недоверие родителей детей-инвалидов к инклюзивному образованию вполне объяснимо и обуславливается такими факторами, как низкое качество обучения, отсутствие оснащения зданий школ пандусами, поручнями, рельефным покрытием полов, наличием контрастных цветов для детей с нарушением зрения и т.д., а также необходимостью такого специалиста, как тьютор.

На сегодняшний день остро стоит проблема будущего трудоустройства детей-инвалидов. Трудности заключаются как в самом поиске работы, так и в отсутствии необходимого количества специальных рабочих мест для инвалидов в организациях и компаниях.

С учетом перечисленных проблем трудоустройства инвалидов, Агентство труда и занятости населения Красноярского края активно дорабатывает нормативные правовые акты, вносит изменения для предоставления инвалидам гарантии трудовой занятости. Также на территории Красноярского края реализуются различные программы для обеспечения занятости инвалидов: организация стажировок и оснащение рабочих мест для инвалидов, а также разработана и активно функционирует инклюзивная платформа для инвалидов «Пространство возможностей», которая предоставляет возможность арендодателям направить информацию о свободных рабочих местах для инвалидов.

Ключевая роль отводится освещению в средствах массовой информации (далее – СМИ) существующих проблем в семьях, имеющих детей-инвалидов. При тактичном освещении проблем и трудностей, с которыми ежедневно сталкиваются родители детей-инвалидов, СМИ могут воспитывать у общества лояльное и толерантное отношение к данной категории детей, проявлять сочувствие и пробуждать желание помочь теми или иными, приемлемыми для граждан способами.

Анализ результатов исследования по решению проблем семей, воспитывающих детей с инвалидностью, позволил сформулировать следующие выводы [3]:

1. Учреждениям социального обслуживания населения предоставлять в качестве помощи семьям с детьми-инвалидами, нуждающимся в постоянном постороннем уходе, социальное обслуживание на дому в виде кратковременного присмотра («Социальная няня», «Служба сиделок», «Родительские выходные»).

2. Образовательным учреждениям организовать дистанционное профессиональное обучение родителей детей-инвалидов с целью дальнейшего трудоустройства.

3. Развивать родительские компетенции по вопросам реабилитации и абилитации детей-инвалидов через организацию обучения навыкам ухода за детьми и общения с ними в учреждениях социального обслуживания населения («Школа для родителей», «Родительская школа»).

4. Усовершенствовать взаимодействие между медицинскими организациями и реабилитационными организациями в других сферах в целях обеспечения преемственности и последовательности реабилитационного, абилитационного процесса.

5. Совершенствовать систему подготовки и непрерывного повышения квалификации специалистов, работающих в системе комплексной реабилитации и абилитации.

6. Принимать меры по созданию и улучшению условий для полноценного участия детей-инвалидов в спортивных мероприятиях по лечебной и адаптивной физической культуре.

7. Развивать систему инклюзивного образования при сохранении сети отдельных образовательных организаций, их материально-техническое оснащение и кадровый потенциал для оказания психолого-педагогической реабилитации и абилитации в процессе обучения, а также предоставить родителям детей-инвалидов (законным представителям) право выбора типа образовательной организации, особенно при наиболее тяжелых формах инвалидности.

8. Поддерживать распространение позитивного опыта и продолжать просветительскую работу с населением в целях формирования гуманного отношения общества к детям-инвалидам. Для достижения поставленной цели, например, тиражировать в СМИ положительные истории о детях-инвалидах и их семьях.

По итогам результатов исследования, учреждениям социального обслуживания населения Красноярского края, рекомендовано учесть в работе предложения и замечания родителей, воспитывающих детей с инвалидностью.

#### **Библиографический список**

1. Аналитический отчет по итогам проведенного социологического исследования по вопросам определения потребностей инвалидов, детей-инвалидов (их законных или уполномоченных представителей) в реабилитационных или абилитационных мероприятиях (услугах), в том числе детей-инвалидов и детей из семей, находящихся в социально опасном положении, в услугах ранней помощи, сопровождаемого проживания и их удовлетворенности предоставляемыми услугами в рамках подпрограммы «Формирование и совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов» государственной программы «Развитие системы социальной поддержки граждан». – URL: [https://rnc24.ru/upload/ORST/otchet\\_2022.pdf](https://rnc24.ru/upload/ORST/otchet_2022.pdf) (дата обращения: 28.10.2022). – Текст : электронный.

2. Комфортное взаимодействие : рекомендации для сотрудников и волонтеров учреждений социального обслуживания и НКО по сопровождению людей с тяжелыми множественными нарушениями развития. – СПб. : БОО «Перспективы». – 2021. – С. 36. – URL: [https://www.osobedetstvo.ru/files/book/file/komfortnoe\\_vzaimodeistvie.pdf](https://www.osobedetstvo.ru/files/book/file/komfortnoe_vzaimodeistvie.pdf) (дата обращения: 13.10.2022). – Текст : электронный.

3. Методические рекомендации по итогам проведенного социологического исследования по вопросам определения социально-экономического положения семей с детьми-инвалидами, проблем в процессе реабилитации и абилитации детей-инвалидов различных нозологических групп, проживающих на территории Красноярского края, отношения общества к детям-инвалидам

в 2022 году в рамках подпрограммы «Формирование и совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов» государственной программы «Развитие системы социальной поддержки граждан». – URL: <https://rnc24.ru/upload/ORST/rekomendacuya.pdf> (дата обращения: 28.10.2022). – Текст : электронный.

4. Нормализация жизни в закрытых учреждениях для людей с интеллектуальными и другими функциональными нарушениями: Теоретические основы и практический опыт / пер. со швед. А. Львовского ; сост., ред. и авт. предисл. К. Грюневальд. – СПб. : Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства, 2003. – 81 с. – URL: [http://social-profi.ru/wp-content/uploads/2020/09/Normalizatsiya-zhizni-v-zakrytyh-uchrezhdeniyah-dlya-lyudej-s-intellektualnymi-i-drugimi-funktsionalnymi-narusheniyami-by-Gryunevald-K.-red.-z-lib.org\\_.pdf](http://social-profi.ru/wp-content/uploads/2020/09/Normalizatsiya-zhizni-v-zakrytyh-uchrezhdeniyah-dlya-lyudej-s-intellektualnymi-i-drugimi-funktsionalnymi-narusheniyami-by-Gryunevald-K.-red.-z-lib.org_.pdf) (дата обращения: 13.10.2022). – Текст : электронный.

5. **Российская Федерация. Распоряжения.** Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2021 N 3711-р. – URL: <http://static.government.ru/media/files/xjgGMUIASodvh3c8R4hAqxEEDgtFdM2g.pdf> (дата обращения: 20.10.2022). – Текст : электронный.

**Информация об авторах:** Т.В. Хромова, [saimlovemovie@mail.ru](mailto:saimlovemovie@mail.ru), В.Г. Сухих – канд.пед.наук, [suhih@rnc24.ru](mailto:suhih@rnc24.ru)

**Information about the authors:** Tatyana V. Khromova, [saimlovemovie@mail.ru](mailto:saimlovemovie@mail.ru), Valentina G. Sukhikh – Candidate of Pedagogics Sciences, Deputy Director, [suhih@rnc24.ru](mailto:suhih@rnc24.ru)

## **Проект «Междисциплинарная команда специалистов» как метод работы с детьми раннего возраста и их родителями в условиях реабилитационного центра**

**Е.А. Абрамова**

Государственное казенное учреждение Самарской области «Сергиевский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями»,  
с. Сергиевск, 446541, Россия

**Аннотация.** Предлагаемый проект направлен на оказание помощи детям раннего возраста с ограниченными возможностями и их родителям в условиях реабилитационного центра с использованием нового метода работы – «междисциплинарной команды специалистов». Оказание своевременной помощи детям раннего возраста, сопровождение и поддержка их семей способствует формированию физического и психического здоровья, включению в среду сверстников и интеграцию в общество, а так же повышению компетентности родителей в вопросах воспитания и развития своих детей.

*Цель:* содействие оптимальному развитию детей раннего возраста, формированию физического и психического здоровья, включению в среду сверстников и интеграции в общество, а так же повышению компетентности родителей в вопросах воспитания и развития своих детей.

Новизна заключается в использовании нового метода работы – «междисциплинарной команды специалистов» – с детьми раннего возраста и их родителями. Группой творческих педагогов был адаптирован метод работы в условиях реабилитационного центра и разработан методический комплекс, предоставляющий новые коррекционно-развивающие возможности для детей раннего возраста в соответствии с курсом реабилитации «Ранняя помощь» в полустационарной форме кратковременного пребывания.

Программный материал достаточно гибок: задания и упражнения подбираются, ориентируясь на возраст, заболевания, способности и возможности детей. Как показывает практика, проект достаточно востребован родителями малышей, которые не имеют достаточного опыта эффективного взаимодействия с ребёнком раннего возраста. Данный проект соответствует закономерностям развития детей раннего возраста, имеет значимую цель, и может быть рекомендован к использованию в условиях реабилитационных центров.

**Ключевые слова:** «междисциплинарная команда», ранний возраст, дети с ограниченными возможностями.

### **«Interdisciplinary team of specialists» as a method of working with young children and their parents in a rehabilitation center**

**E.A. Abramova**

State institution Samara region «Sergius rehabilitation center for children and adolescents with disabilities», s. Sergievsk, 446541, Russia

**Abstract.** The proposed project is aimed at helping young children with disabilities and their parents in a rehabilitation center using a new method of work of an "interdisciplinary team of specialists". Providing timely assistance to young children, accompanying and supporting their families contributes to the formation of physical and mental health, inclusion in the environment of peers and integration into society, as well as improving the competence of parents in the upbringing and development of their children.

**Objective:** to promote the optimal development of young children, the formation of physical and mental health, inclusion in the environment of peers and integration into society, as well as to increase the competence of parents in the upbringing and development of their children.

**Novelty:** it consists in using a new method of work of an "interdisciplinary team of specialists" with young children and their parents. A group of creative teachers adapted the method of work in the conditions of the rehabilitation center and developed a methodological complex that provides new correctional and developmental opportunities for young children in accordance with the rehabilitation course "Early Help" in a semi-stationary form of short-term stay.

The program material is quite flexible: tasks and exercises are selected based on the age, diseases, abilities and capabilities of children. As practice shows, the project is quite in demand by parents of toddlers who do not have sufficient experience of effective interaction with a young child. This project corresponds to the patterns of early childhood development, has a significant goal, and can be recommended for use in rehabilitation centers.

**Key words:** "interdisciplinary team", early age, children with disabilities.

Оказание своевременной помощи детям раннего возраста, сопровождение и поддержка их семей способствует формированию физического и психического здоровья, включению в среду сверстников и интеграцию в общество, а так же повышению компетентности родителей в вопросах воспитания и развития своих детей.

Концепцией развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года (утв. распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 N 1839-р) были рекомендованы новые подходы к оказанию ранней помощи [3]. В связи с этим увеличилась потребность в создании комплексных развивающих психолого-педагогических программ, направленных на развитие и профилактику проблем развития детей раннего возраста, с активным участием в них родителей и «междисциплинарной команды специалистов» (группа специалистов, работающих в организации, предоставляющей услуги ранней помощи, и участвующих в разработке и реализации индивидуальной программы ранней помощи).

Так родилась идея проекта «Междисциплинарная команда специалистов» как метод работы с детьми раннего возраста и их родителями в условиях реабилитационного центра» (далее – Проект). Группой творческих педагогов Государственного казенного учреждения Самарской области «Сергиевский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» (далее – Центр, реабилитационный центр) был адаптирован новый метод работы в условиях реабилитационного центра и разработан методический комплекс, предоставляющий новые коррекционно-развивающие возможности для детей раннего возраста в соответствии с предоставлением социальных услуг в полустационарной

форме «Ранняя помощь». Это метод работы, при котором коррекция ребёнка происходит мягко, естественно и гармонично.

Данный Проект реализуется в течение календарного года и состоит из четырёх блоков с частотой встреч – 1 раз в квартал. Каждый блок рассчитан на 10 дней и включает в себя основные линии развития детей раннего возраста:

1. Социальное развитие (формируется представление о себе, о других и об окружающем мире).
2. Физическое развитие (развитие и коррекция общих движений, ручной и мелкой моторики и формированию зрительно-двигательной координации).
3. Познавательное развитие (сенсорное развитие, слуховое восприятие и внимание, ознакомление с окружающим миром, развитие речи).
4. Формирование предметных и предметно-игровых действий.
5. Формирование навыков самообслуживания и культурно-гигиенических навыков.
6. Формирование предпосылок к продуктивным видам деятельности (формирование интереса к лепке, рисованию, аппликации, конструированию).
7. Музыкальное развитие (развитие чувства ритма у детей раннего возраста с применением музыкально-ритмических и дидактических игр, формирование эмоционального контакта с новым взрослым, формирование предпосылок к общению со сверстниками).
8. Повышение компетентности родителей в вопросах воспитания и развития своих детей.

Каждый блок состоит из двух частей: практическая, которая предполагает работу с детьми и родителями, и теоретическая, разработанная для родителей. Содержание работы с родителями рассчитано на формирование у них осознанного отношения к развитию основных линий развития детей раннего возраста, а также информирование о проблемах воспитания и развития детей раннего возраста (с этой целью разработаны примерные темы бесед с родителями в каждом блоке). Работа с детьми включает развивающие занятия для детей с использованием комплекса упражнений и игр, направленных на физическое, социальное, познавательное, музыкальное развитие.

В практической части используется единая структура занятий для каждого блока, представленная в таблице 1.

Таблица 1 – Структура развивающего занятия

Составные части занятия	Продолжительность занятия	Примечание
Музыкальное приветствие	2 мин.	Неизменно каждое занятие
Игры основных блоков	15-20 мин.	Новый материал каждое занятие
Игры, направленные на развитие и коррекцию общих движений, мелкой моторики, зрительно-моторной координации	5 мин.	Меняется через каждые 2 занятия
Игры, направленные на формирование предпосылок к развитию продуктивных видов деятельности	10 мин.	Новый материал каждое занятие
Свободная игра для детей. Мини-лекции, консультации для мам	15 мин.	Новый материал каждое занятие
Прощание с музыкальным сопровождением	2 мин.	Неизменно каждое занятие

Из таблицы видно, что многие фрагменты занятия повторяются. Частая их повторяемость обусловлена особенностями восприятия детей раннего возраста: материал, неоднократно повторяемый детьми, становится знакомым, легко запоминается и доставляет радость.

Работа с родителями – важная составляющая данных занятий. Основными методами работы являются: групповая дискуссия, отработка отдельных умений и навыков в специальных упражнениях, разбор конкретных случаев. Необходимый теоретический материал представляет мини-лекции, а акцент делается на интенсивное групповое взаимодействие и получение динамического знания. Мини-лекции затрагивают актуальные вопросы, связанные

с особенностями данного возраста ребенка, спецификой и целесообразностью раннего развития, взаимодействием родителей, конфликтами в семье и различными аспектами воспитания. Составными частями практического раздела являются: обсуждение с родителями затруднительных и конфликтных ситуаций; «круглые столы», помогающие совместно решать выявляемые проблемы и создавать благоприятные условия взаимодействия взрослых и детей; показ различных приемов по саморегуляции и управлению эмоциональными состояниями. В рамках Проекта разработан примерный тематический план занятий с родителями. Его реализация зависит от личного опыта педагогов и психолога, их стиля общения и навыков взаимодействия, а также от запросов родителей.

Групповые занятия были организованы для детей с ограниченными возможностями здоровья от 1,5 до 3 лет и их родителей. На занятиях применяются игровые технологии. Ведущих занятия должно быть двое. Это могут быть педагог-психолог, учитель-дефектолог, учитель-логопед (каждое занятие идёт чередование специалистов). Приветствуется, если есть музыкальный руководитель.

Специалисты, реализующие Проект, должны иметь опыт работы с детьми раннего возраста, владеть игровыми технологиями с маленькими детьми. Кроме психолого-педагогических услуг дети раннего возраста получали медицинские услуги, такие как массаж, ЛФК, физиопроцедуры.

Проект реализуется с 2016 года по настоящее время. За это время было охвачено 302 человека. По итогам работы был разработан методический комплекс для специалистов, работающих с детьми с ограниченными возможностями. Данный проект был представлен в областном конкурсе методических проектов «SOCIODRIVE-2018», который стал номинантом и рекомендован к применению.

Представленный опыт уникален тем, что структура занятий, соответствует психолого-педагогическим закономерностям детей раннего возраста с ограниченными возможностями, имеет значимую цель, и может быть рекомендован к использованию в условиях реабилитационных центров.

Контролем эффективности реализации данного Проекта является диагностический инструментарий в начале и в конце каждого курса реабилитации. Используется методика психолого-педагогического обследования детей раннего возраста Е.А. Стребелевой [1;2]. Родителям также предлагается анкета, в которой они отмечают изменения, происходящие с ребёнком за время прохождения курса реабилитации «Ранняя помощь».

Результатом реализации Проекта стали:

- положительные изменения в социальном развитии детей раннего возраста (формируется представление о себе, о других и об окружающем мире);
- положительные изменения в физическом развитии детей раннего возраста (развитие и коррекция общих движений, ручной и мелкой моторики и формированию зрительно-двигательной координации);
- положительные изменения в познавательном развитии детей раннего возраста (сенсорное развитие, слуховое восприятие и внимание, ознакомление с окружающим миром, развитие речи);
- положительные изменения в формировании предметных и предметно-игровых действий;
- положительные изменения в формировании предпосылок к продуктивным видам деятельности (формирование интереса к лепке, рисованию, аппликации, конструированию);
- развитие чувства ритма у детей раннего возраста с применением музыкально-ритмических и дидактических игр (формирование эмоционального контакта с новым взрослым, формирование предпосылок к общению со сверстниками);
- родители чувствуют себя компетентными в воспитании и развитии своих детей.



Таким образом, зафиксированные результаты позволяют сделать вывод о положительной динамике и об эффективности реализации данного Проекта.

### **Библиографический список**

1. Дети-сироты : консультирование и диагностика / Ред. Е. А. Стребелева ; Под ред. Е.А. Стребелевой. – М. : Полиграф сервис, 1998. – С. 12-329. – Текст : непосредственный.
2. Игры и занятия с детьми раннего возраста с психофизическими нарушениями : методическое пособие / Под ред. Е. А. Стребелевой, Г.А. Мишиной. – М. : Экзамен, 2006. – 160 с. – Текст : непосредственный.
3. **Российская Федерация. Распоряжения.** Об утверждении Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 N 1839-р. – URL: <http://pravo.gov.ru/> (дата обращения: 25.10.2022). – Текст : электронный.

**Информация об авторах:** Е.А. Абрамова, [elena.abramova-kaemova@mail.ru](mailto:elena.abramova-kaemova@mail.ru)

**Information about the authors:** E.A. Abramova, [elena.abramova-kaemova@mail.ru](mailto:elena.abramova-kaemova@mail.ru)

### **Организация психокоррекционной работы с родителями, воспитывающими детей-инвалидов в условиях реабилитационного центра**

**А.А. Шевалева**

Государственное казенное учреждение Самарской области «Сергиевский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», с. Сергиевск, 446541, Россия

**Аннотация.** В статье описан опыт создания родительского клуба «Навстречу друг к другу», в котором проводилась психокоррекционная работа с родителями, воспитывающих детей-инвалидов. *Цель:* создание благоприятного психоэмоционального климата в семьях, воспитывающих детей-инвалидов, формирование положительных установок в сознании родителей.

**Ключевые слова:** психокоррекционная работа, родители, дети-инвалиды, родительский клуб.

### **Organization of psych corrective work with parents raising disabled children in a rehabilitation center**

**A.A. Shevaleva**

State institution Samara region "Sergius rehabilitation center for children and adolescents with disabilities", s. Sergievsk, 446541, Russia

**Abstract.** The article presents the successful experience of creating a parent club "Towards each other", in which psycho corrective work was carried out with parents raising disabled children. Purpose: to create a favorable psycho-emotional climate in the families of disabled children, the formation of positive attitudes in the minds of parents.

**Keywords:** psycho corrective work, parents, disabled children, parent club.

Число детей с инвалидностью в России неуклонно растет. В связи с этим, большую значимость приобретают проблемы воспитания и адаптации не только самого ребенка-инвалида, но и работа с его родителями.

Зачастую рождение ребенка с отклонениями в развитии воспринимается его родителями как величайшая трагедия. Сам факт появления на свет ребенка «не такого, как у всех», является причиной сильного стресса, испытываемого родителями, в первую очередь матерью. Стресс, имеющий пролонгированный характер, оказывает сильное воздействие на психику родителей и становится исходным условием резкого травмирующего изменения сформировавшегося

в семье жизненного уклада. Все надежды и ожидания членов семьи в связи с будущим ребенка оказываются тщетными и рушатся в один миг, а осмысление произошедшего и обретение новых жизненных ценностей растягивается порой на длительный период. У матерей часто наблюдаются истерики, депрессивные состояния. Страхи, одолевающие женщин по поводу будущего ребенка, рождают чувство одиночества, потерянности и ощущение «конца жизни». Часто для таких матерей свойственно снижение психического тонуса, заниженная самооценка, что проявляется в потере вкуса к жизни, перспектив профессиональной карьеры, невозможности реализации собственных творческих планов, потере интереса к себе как к женщине и личности. Депрессивные переживания могут трансформироваться в невротическое развитие личности и существенно нарушить социальную адаптацию и жизнь ее ребенка. Получается замкнутый круг: болезнь, инвалидность ребёнка вызывает стресс у матери, а последствия стресса усугубляют болезнь ребёнка [3;4].

В государственном казенном учреждении Самарской области «Сергиевский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» (далее – ГКУ СО «Сергиевский РЦДиПОВ») социально-психологические услуги распространяются не только на детей, но и на их родителей. На протяжении нескольких лет с родителями проводилась консультативная работа рекомендательного характера, но такими методами работы не всегда достигались поставленные цели. Причинами низкой результативности консультативной работы с семьей ребенка-инвалида являются собственные установки родителей, которые в психотравмирующей ситуации, препятствуют установлению гармоничного контакта с окружающим миром. К ним относятся: неприятие личности больного ребенка, ожидание и вера в чудо или волшебного исцеления, рассмотрение рождение больного ребенка как наказание за что-либо, нарушения взаимоотношения в семье после его рождения [2]. В связи с этим был создан родительский клуб «Навстречу друг к другу», в котором проводилась психокоррекционная работа в виде групповых и индивидуальных занятий с родителями.

Целью психокоррекционной работы родительского клуба «Навстречу друг к другу» является создание благоприятного психоэмоционального климата в семьях, воспитывающих детей-инвалидов, формирование положительных установок в сознании родителей.

Задачи:

- формирование новых жизненных ориентиров родителей ребенка-инвалида;
- коррекция взаимоотношений в диаде «родитель – ребенок-инвалид»;
- коррекция нарушенного психологического состояния родителей (тревоги, ожидания неуспеха в учебе своего ребенка, состояний, связанных с пониманием себя как несостоятельного человека);
- работа со страхами (например, за свое здоровье и здоровье ребенка);
- коррекция неадекватных поведенческих реакций родителей как в отношении своих детей (наказание за любую провинность, окрик, подавление личности ребенка), так и в отношении с социумом (скандальное поведение, неадекватные поведенческие реакции, агрессивное поведение, реакции протеста);
- гармонизация отношений между матерью с ребенком и членами семьи; членами семьи и другими (посторонними) лицами;
- коррекция семейной истории и личного опыта родителя;
- формирование уверенности в своих силах и действиях, как родителя (родительская самооценка).

За основу психокоррекционной групповой работы взята методика В.В. Ткачевой «Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии» [5].

Работа с родителями проводится в индивидуальной и групповой формах.

Индивидуальная работа включает в себя:

- 1) установление контакта между родителем и психологом, ознакомление проблемами в семье;

2) диагностику психологических особенностей лиц, которые будут посещать групповые занятия и потребность в групповых занятиях.

В качестве психодиагностического инструментария для работы с семьями, воспитывающими ребенка-инвалида, используются следующие методики и техники:

– социограмма «Моя семья», включающая изучение трех этапов жизни семьи: до рождения ребенка с отклонениями в развитии, сразу после его рождения и в настоящий момент. Такой подход позволяет определить характер динамики в развитии конкретной семьи (позитивный или непозитивный).

– анкета «Психологический тип родителя» позволяет определить психические свойства родителя, воспитывающего ребенка с отклонениями в развитии;

– методика «История жизни с проблемным ребенком» является вспомогательным диагностическим инструментарием, с помощью которого удастся уточнить основную проблему, волнующую конкретного родителя, и характер его субъективных переживаний по этому поводу;

– проективная методика «Мой цветок – мой ребенок» позволяет изучить внутренний мир родителя, его отношение к ребенку, чувство вины, беспокойство, тревогу, вызванные отклонениями в развитии ребенка [1];

3) консультативная работа. Своей целью психологическое консультирование ставит снижение степени выраженности фрустрирующего воздействия эмоционального стресса, в котором находятся родители с момента рождения ребенка-инвалида, а также структурирование иерархии жизненных ценностей [6].

Индивидуальная форма работы осуществляется в виде бесед психолога с родителями ребенка-инвалида, она нацелена в основном на изучение биографии семьи ребенка, жизненного пути его родителей, особенностей их личности, истории заболевания ребенка, отношений с родственниками и знакомыми.

Групповая работа включает в себя психокоррекционные занятия, которые направлены на гармонизацию взаимоотношений между матерью и ребенком, гармонизацию внутрисемейных отношений, оптимизацию социальных контактов семьи, воспитывающих ребенка-инвалида. На групповых занятиях инструментом воздействия является психокоррекционная группа.

Групповые психокоррекционные занятия имеют следующую структуру:

1. *Приветствие.* Это важный момент групповой работы, способствующий сплочению участников, созданию атмосферы группового доверия и принятия. Участники группы, становясь в круг, приветствуют друг друга вербальными или невербальными способами.

2. *Разминка.* На этом этапе используются психогимнастические упражнения на внимание, на снятие напряжения, на сокращение эмоциональной дистанции, на тренировку выражения своих чувств с помощью мимики и жестов.

3. *Основная часть.* В основной части педагог-психолог использует специальные рассказы, с определенными жизненными конфликтными ситуациями рассказываемые от третьего лица, обсуждение их, разыгрывание ролевых ситуаций, прорисовывание своих ощущений и переживаний; происходит осмысление проблем участников с вербального уровня на невербальный, а также выявляет некоторую скрытую от самих участников глубину собственных переживаний.

4. *Аутотренинг.* На данном этапе применяется техника релаксации, направленная на выработку способности к расслаблению мышц и снятию напряжения.

5. *Рефлексия.* Заключительной частью занятия является рефлексия, она включает в себя оценку в двух аспектах: эмоциональном (понравилось – не понравилось, было хорошо или плохо, почему) и смысловом (почему это важно и зачем мы это делали) [7].

Встреча в клубе происходит 1 раз в неделю.

Работа родительского клуба «Навстречу друг к другу» доказала на практике свою эффективность. В ходе рефлексии, родители отмечали, что стали менее тревожны, более коммуникативными, изменились в положительную сторону взаимоотношения в семье.

Родитель приходит к пониманию, что с рождением ребенка собственная жизнь не полностью потеряла смысл, она продолжает иметь свою ценность и остается такой же значимой и важной.

Итак, психокоррекционная работа с родителями позволяет решить проблемы личностного и межличностного характера, возникающие вследствие рождения в семье ребенка с отклонениями в развитии. Главной целью в этой работе является изменение самосознания родителя, а именно: формирование у него позитивного восприятия личности ребенка-инвалида. Такая позиция позволит родителю обрести новый жизненный смысл, гармонизирует взаимоотношения с ребенком, повысит собственную самооценку, оптимизирует самосознание. Это, в свою очередь, нацелит родителей на использование гармоничных моделей воспитания, а в перспективе обеспечит оптимальную социальную адаптацию ребенка.

#### **Библиографический список**

1. Исурина, Г.Л. Групповые методы психотерапии и психокоррекции / Г.Л. Исурина // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Ленинград : Медицина, 1983. – С. 231-254. – Текст : непосредственный.
2. Левченко, И.Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии : методическое пособие / И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева. – М. : Просвещение, 2008. – 239 с. – Текст : непосредственный.
3. Мудрик А.В. Социальная педагогика / А.В. Мудрик. – М. : Академия. 2008. – 365 с.
4. Селигман М. Обычные семьи, особые дети / М. Селигман, Р.Б. Дарлинг. – М. : Теревинф, 2009. – 368 с. – Текст : непосредственный.
5. Ткачева В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии. Практикум по формированию адекватных отношений / В.В. Ткачева. – М. : «Издательство ГНОМ и Д», 2000. – 64 с. – Текст : непосредственный.
6. Ткачева В.В. Психокоррекционная работа с семьями детей с ограниченными возможностями здоровья. / В.В. Ткачева, Е.В. Устинова, Н.П. Болотова. – М. : ИНФРА-М, 2019. – 191с. – Текст : непосредственный.
7. Ткачева В.В. Семья ребенка с ограниченными возможностями здоровья. / В.В. Ткачева. – М. : Владос, 2014. – 152 с. – Текст : непосредственный.

**Информация об авторах:** А.А. Шевалева, shevaleva.anna@mail.ru

**Information about the authors:** A.A. Shevaleva, shevaleva.anna@mail.ru

#### **Непрерывное коррекционно-педагогическое сопровождение семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья**

**Т.В. Васильева, Е.В. Швиткова**

Ленинградское областное государственное бюджетное учреждение Гатчинский реабилитационный Центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Дарина», г. Гатчина, 188300, Россия

**Аннотация.** В статье рассматривается проблема непрерывного коррекционного педагогического сопровождения семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Обосновывается идея о создании непрерывной системы поддержки семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, которая входит в число основных приоритетов государственной социальной политики Российской Федерации.

В статье уделяется внимание важности создания благоприятной реабилитационной и коррекционно-обучающей среды для ребенка в период его пребывания дома.

**Ключевые слова:** непрерывное коррекционно-педагогическое сопровождение, благоприятная реабилитационная и коррекционно-обучающая среда.

## **Continuous remedial and pedagogical assistance for families who have children with special needs**

**Tatiana V. Vasilyeva, Elena V. Shvitkova**

Leningrad region State Institution Gatchina's rehabilitation centre 'Darina' for the children and adolescents with special needs, Gatchina, 188300, Russia

**Abstract.** The article aims to assess the problem of a continuous remedial and pedagogical assistance for families who bring up children with special needs. The idea of creating a long-lasting support system for families who have children with disabilities is one of the main priorities in the state social policy of the Russian Federation.

The article mentions the importance of creating a friendly rehabilitation and remedial educational environment for the child during his or her stay at home.

**Key words:** continuous remedial and pedagogical assistance, friendly rehabilitation and remedial learning environment.

Ежегодно в России увеличивается число детей с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ). Это объясняется несколькими причинами: гуманность общества и новые медицинские технологии позволяют сохранить жизнь даже тем детям, которые раньше не выживали, а также этому способствуют неблагоприятная экологическая ситуация или социальное неблагополучие.

Семьи, воспитывающие детей с ОВЗ, имеют целый ряд проблем, с которыми им помогают справляться специалисты. Работа с такими семьями является одной из сложных проблем современного общества. Воспитание ребенка с ОВЗ требует от родителей больших физических и эмоциональных сил, поэтому взрослым очень важно сохранить физическое здоровье, душевное равновесие и оптимизм. Судьба ребенка и самой семьи будет зависеть от того, как в дальнейшем поведут себя родители. Поэтому, самый эффективный и наилучший способ помощи детям с ОВЗ – это помощь их родителям. Непрерывная связь со специалистами, обучение родителей практическим навыкам, позволяющим методически правильно общаться с ребенком и грамотно организовать коррекционную работу в домашних условиях, а также учет родителями индивидуальных и возрастных особенностей ребенка с ОВЗ в процессе воспитания и обучения ведёт к гармонизации отношений в семье. Стремление к созданию благоприятной психологической атмосферы в семье положительно влияет на психическое и социальное здоровье ребенка. Поэтому важно определить векторы непрерывного коррекционно-педагогического сопровождения таких семей.

В период напряжённой эпидемиологической обстановки, в связи с распространением коронавирусной инфекции, в Ленинградском областном государственном бюджетном учреждении «Гатчинский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Дарина» (далее – ЛОГБУ «Гатчинский Центр «Дарина») актуализировалась разработка программы такого сопровождения, реализация которой позволила бы целенаправленно и своевременно оказывать необходимую коррекционно-педагогическую и консультативную поддержку семьям, воспитывающим детей с ОВЗ. В связи с уменьшением очных консультаций было принято решение увеличить взаимосвязь с родителями посредством информационно-коммуникационных технологий. Данная поддержка сохранила актуальность и после смягчения ограничений в связи с тем, что не всегда родители могут лично присутствовать на очных консультациях или не могут привезти детей на занятия из-за болезни или другой причине.

Цель реализации программы: оказание квалифицированного непрерывного коррекционно-педагогического сопровождения семьям с детьми с ОВЗ, направленного на индивидуальное развитие, успешную адаптацию и реабилитацию ребенка с ОВЗ в социуме.

Задачи программы:

1. Формирование адекватных родительских установок на проблемы ребенка путем активного привлечения родителей в коррекционный процесс.
2. Содействие родителям в поиске наиболее эффективных видов помощи и условий ее оказания.
3. Повышение мотивации семьи на решение проблем ребенка, оказание ему помощи и поддержки.

Целевая аудитория: родители, воспитывающие детей с ОВЗ и их дети от 0 лет – до 18 лет.

Коррекционно-педагогическое взаимодействие осуществлялось с применением в работе персонального компьютера, веб-камеры, телефона с поддержкой записи видео, интерактивного умного зеркала, программ для видеоконференций, социальных сетей.

Для более тесного взаимодействия и привлечения родителей (законных представителей) к непрерывному коррекционно-педагогическому процессу записывались занятия, мастер классы, рекомендации офлайн, которые, в свою очередь, выкладывались на сайте ЛОГБУ «Гатчинский Центр «Дарина» или сообщества специалистов. Проводились онлайн трансляции индивидуальных и подгрупповых занятий с последующим анализом этих занятий с родителями. Поддерживалась обратная связь с родителями.

Практика непрерывного логопедического взаимодействия с семьями, воспитывающими детей с ОВЗ, применяется в ЛОГБУ «Гатчинский Центр «Дарина» с марта 2020 года и доказывает свою эффективность значительным повышением динамики речевого и познавательного развития детей за счёт систематической автоматизации полученных навыков.

Осуществление непрерывной коррекционно-педагогической помощи семьям позволяет через оптимизацию внутрисемейной атмосферы, гармонизацию родительско-детских и детско-родительских отношений решать проблемы дифференцированной и адресной помощи ребенку с ОВЗ. Разнообразные формы обучения, как в государственных, так и в негосударственных образовательных учреждениях, работа с детьми с ОВЗ, включают такую семью в поле коррекционно-педагогического воздействия в качестве основного стабилизирующего фактора социальной адаптации ребенка. Непрерывная специальная помощь необходима родителям для нейтрализации тех психологических проблем и педагогической некомпетентности, которые возникают вследствие их личностных переживаний, связанных с нарушениями развития ребенка.

Итак, оказание непрерывного коррекционно-педагогического сопровождения семей позволяет оптимизировать проблемы личностного и межличностного характера, возникающие вследствие рождения в семье ребенка с ОВЗ. Такая позиция позволяет родителю обрести новый жизненный смысл, гармонизирует взаимоотношения с ребенком, повышает собственную самооценку, оптимизирует коррекционную работу по развитию речевой и познавательной сферы. Это, в свою очередь, побудит родителей к использованию гармоничных моделей воспитания, а в перспективе обеспечит оптимальную социальную адаптацию ребенка.

**Информация об авторах:** Т.В. Васильева, [yul75@bk.ru](mailto:yul75@bk.ru), Е.В. Швиткова, [ya.shvitkova@yandex.ru](mailto:ya.shvitkova@yandex.ru)

**Information about the authors:** Tatiana V. Vasilyeva, [yul75@bk.ru](mailto:yul75@bk.ru), Elena V. Shvitkova, [ya.shvitkova@yandex.ru](mailto:ya.shvitkova@yandex.ru)

### **Особенности психолого-педагогической поддержки семьи, воспитывающей ребенка с ментальными нарушениями**

**Д.А. Осипова**

Муниципальное казенное учреждение «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Берегиня», Кемеровская область, г. Березовский, 652425, Россия

**Аннотация.** В наше время количество детей с ментальными нарушениями очень велико, и, к сожалению, эта тенденция возрастает с каждым годом. Поэтому большую значимость приобретает не только проблема воспитания и адаптации самого ребенка, но и

работы с семьей, где он воспитывается. Помощь семье в воспитании ребенка с ментальными нарушениями предполагает содействие в решении внутриличностных конфликтов, проблем во внутрисемейных и внесемейных отношениях.

**Ключевые слова:** психолого-педагогическое сопровождение, ментальные нарушения, семья, семейная тревожность.

### **Peculiarities of psychological and pedagogical support for a family raising a child with mental disabilities**

**Daria A. Osipova**

Municipal state institution "Social and rehabilitation center for minors" Bereginya ",  
Kemerovo Region, Berezovsky, 652425, Russia

**Abstract.** Nowadays, the number of children with mental disorders is very high, and, unfortunately, this trend is increasing every year. Therefore, the problem of educating and adapting not only the child himself, but also working with the family where he is brought up, acquires great significance. Assistance to the family in the upbringing of a child with mental disabilities involves assistance in solving intrapersonal conflicts, problems in intra-family and extra-family relations.

**Key words:** psychological and pedagogical support, mental disorders, family, family anxiety.

Семья, воспитывающая ребенка с ограниченными возможностями – это семья с особым статусом, проблемы которой определяются не только личностными особенностями всех её членов и характером взаимоотношений между ними, но в большей степени занятостью решением проблем ребенка. Все это приводит к закрытости семьи для внешнего мира, дефициту общения, частым отсутствием работы у матери, но главное – специфическому положению в семье ребёнка, которое обусловлено его болезнью.

Как известно, каждая семья в своем развитии проходит определенные кризисы, связанные с первым годом семейной жизни, далее с появлением детей и другие. Семьи, воспитывающие детей с ментальными нарушениями, тоже проходят все эти кризисные этапы, но они осложнены гораздо более серьезными проблемами и последствиями. На протяжении жизни такой семьи периоды стресса проходят более длительно и все чаще и чаще возобновляются, в то время как периоды спокойствия сокращаются. Нарушаются функции семьи не столько из-за поставленного диагноза ребенку, сколько из-за особенности личности её членов и взаимоотношений между ними, условий жизни семьи, нарушения её структуры и др. [1].

Эмоциональные реакции родителей на диагноз ребенка могут быть различными, но всем родителям свойственно отчаяние, негативный фон настроения, обиды, проявления агрессии к близким или, напротив, незнакомым людям, вспыльчивость, раздражительность. Некоторые родители, воспитывающие ребенка-инвалида, стремятся полностью дистанцироваться от друзей, знакомых и даже родственников, опасаясь осуждения или непонимания с их стороны. Мать, как правило, занимается самопожертвованием: бросает работу, учебу, хобби и др. полностью посвящая себя проблемам ребенка [2]. Именно поэтому важную роль играет психолого-педагогическая поддержка семей, воспитывающих ребенка с ментальными нарушениями. Необходимо создание условий для активного вовлечения родителей в процесс коррекционно-развивающей работы, с целью принятия заболевания ребенка, гармонизации эмоционального фона и повышения родительских компетенций. Считаем, что помочь решить часть этих задач может общение семьи, воспитывающей ребенка с ментальными нарушениями с такими же семьями.

Для пилотного исследования была отобрана группа, состоящая из 17 семей. Консультативную и сопровождающую помощь получали все семьи, так же была проведена диагностика по следующим методикам:

- 1) Тест-опросник родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин);
- 2) Анкета «Психологический тип родителя» (В.В. Ткачева);

3) Опросник «Анализ семейной тревоги» (Э. Эйдемиллер, В. Юстицкис).

Кроме этого, семьями заполнялась «Экокарта семьи». В статье будет освещена только одна ее сторона – закрытость или открытость семьи для внешних контактов.

Средние результаты первичной диагностики представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты первичной диагностики

Параметры	Средние значения
Тест-опросник родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин)	
Принятие / отвержение ребенка	13
Кооперация	5
Симбиоз	5
Контроль	4
Отношение к неудачам ребенка	4
Анкета «Определение воспитательских умений у родителей, детей с отклонениями в развитии» (В.В. Ткачева)	
Психосоматический тип	6
Невротичный тип	8
Авторитарный тип	3
Опросник «Анализ семейной тревоги» (Э. Эйдемиллер, В. Юстицкис)	
Вина	4
Тревога	6
Напряженность	6
Общая семейная тревожность	15

По тесту-опроснику родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин) были получены следующие результаты шкал:

- «Принятие/отвержение ребенка» – в целом у родителей положительное отношение к ребенку, но не все взрослые принимают ребенка таким, какой он есть и разделяют его интересы;
- «Кооперация» – прослеживается тенденция в проявлении интереса к тому, что интересует ребенка, только по необходимости;
- «Симбиоз» – взрослый не устанавливает психологическую дистанцию между собой и ребенком, стремится удовлетворить все потребности ребенка, оградить его от трудностей и неприятностей жизни;
- «Контроль» – большинство родителей идут на поводу у своего ребенка, контроль над действиями ребенка со стороны взрослого минимален;
- «Отношение к неудачам ребенка» – у родителей имеются стремления инфантилизировать ребенка, приписать ему личную и социальную несостоятельность. Родитель видит ребенка младшим по сравнению с его реальным возрастом.

Исходя из полученных результатов, по Анкете «Психологический тип родителя» (В.В. Ткачева) преобладает невротичный (тревожно-сензитивный) тип родителя, которому свойственна пассивная личностная позиция. У родителей этой категории обычно не формируется способность к принятию проблемы ребенка и не развивается стремление к ее преодолению. Эта категория родителей чрезмерно фиксируется на отсутствии выхода из создавшегося положения, что значительно ухудшает их психологическое состояние. Родители невротичного типа оправдывают собственную бездеятельность в отношении развития ребенка отсутствием прямых указаний со стороны специалистов, родственников или друзей на то, что с ребенком следует делать. Практически во всем эти родители следуют жизненной формуле: пусть все идет в жизни, как идет. Они не понимают того, что некоторые недостатки, возникающие у ребенка, вторичны и являются результатом уже не болезни, а их собственной родительской педагогической несостоятельности.

По результатам опросника «Анализ семейной тревоги» (Э. Эйдемиллер, В. Юстицкис) получены высокие показатели по шкалам «Тревога», «Напряженность», «Общая семейная тревожность». Можно сделать вывод о том, что родители постоянно напряжены, насторожены



и прилагают слишком много сил даже для обычных семейных дел. Они испытывают чувство беспомощности и ощущение неспособности вмешаться в ход событий в семье, правильно его направить. Исследуемые не ощущают себя значимым действующим лицом в семье, независимо от того, какую позицию они в ней занимают.

По результатам «Экокарты семьи» было выявлено, что 10 семей имеют «закрытый тип» (0-2 внешних контактов). Внешние контакты таких семей в основном сосредоточены только на 1-2 семьях близких родственников (чаще бабушки-дедушки семьи). Ребенок так же не имеет возможности общаться со своими сверстниками вне образовательных учреждений.

Помимо диагностики родителям был предложен опрос о готовности участвовать в мероприятиях, встречах, мастер-классах, и т.д. По результатам опроса были выделены две группы:

А группа (11 семей) – родители, согласные посещать мероприятия, дополнительные консультации, тренинги, встречи, организованные с другими родителями, совместные праздники и др.

Б группа (6 семей) – родители, согласные посещать только обязательные консультации.

С целью выявления возможностей оптимального психолого-педагогического сопровождения, нами было выдвинуто предположение, что можно добиться больших результатов, совместив консультирование с родительскими встречами, которые включали в себя: групповые тренинги с родителями; мастер-классы по изготовлению сувениров; чаепития и свободные встречи; проведение совместных праздников с детьми и их родителями.

По завершении периода реабилитации была проведена заключительная диагностика. Для анализа результатов был использован t-критерий Стьюдента для зависимых выборок по используемым нами методикам для сравнения средних значений и прослеживания динамики. Ниже рассмотрим полученные результаты на начальном и заключительном этапах пилотного исследования (Таблица 2).

Анализ результатов, представленных в таблице 2, позволяет утверждать, что у всех семей наблюдается положительная динамика, но у семей, вошедших в группу А, за время исследования произошли статистически значимые изменения по следующим параметрам:

Таблица 2 – Результаты диагностики

Параметры	Средние значения в группе А		Средние значения в группе Б		Уровень значимости (p)
	Первичная диагностика	Заключительная диагностика	Первичная диагностика	Заключительная диагностика	
Тест-опросник родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин)					
Принятие / отвержение ребенка	15	21	10	16	<b>0,003</b>
Кооперация	5	7	5	6	<b>0,04</b>
Симбиоз	5	5	4	5	0,16
Контроль	4	5	5	6	0,15
Отношение к неудачам ребенка	4	3	3	3	0,08
Анкета «Определение воспитательских умений у родителей, детей с отклонениями в развитии» (В.В. Ткачева)					
Психосоматический тип	4	7	2	3	<b>0,03</b>
Неврогичный тип	6	3	2	1	0,31
Авторитарный тип	1	1	2	1	0,08
Опросник «Анализ семейной тревоги» (Э. Эйдемиллер, В. Юстицкис)					
Вина	4	3	4	3	0,09
Тревога	6	5	7	5	0,13
Напряженность	6	3	6	5	<b>0,03</b>
Общая семейная тревожность	15	10	14	12	<b>0,002</b>

Тест-опросник родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин): по шкалам «Принятие/отвержение ребенка» и «Кооперация» родители стали больше интересоваться

увлечениями ребенка, стали стремиться проводить больше времени вместе с ним, поощрять самостоятельность и инициативу, находить больше общих занятий.

Анкета «Определение воспитательских умений у родителей, детей с отклонениями в развитии» (В.В. Ткачева): родители стали эмоционально более лабильны, снизилась аффективная форма реагирования на проблему стресса. Но родители по-прежнему склонны к длительным внутренним переживаниям.

Опросник «Анализ семейной тревоги» (Э. Эйдемиллер, В. Юстицкис): заметна положительная динамика по таким шкалам как «Напряженность» и «Общая семейная тревожность». Родители обретают уверенность в своих силах, что у них есть возможность вмешаться в ход событий в семье, направлять его в нужное русло.

По результатам «Экокарты семьи» было выявлено, что 6 из 10 «закрытых семей» расширили внесемейные коммуникации.

Результаты проведенного исследования показали, что у семей посещавших не только консультации специалистов, но и тренинги, дружеские встречи родителей, мастер-классы, и совместные мероприятия, прослеживается положительная динамика. В общении родители уже не используют фразы «что вы можете знать о моей проблеме/ребенке», «вы меня не понимаете», «мне никто не помог, и вы не поможете» и т.д. Предоставленная возможность семьям пообщаться друг с другом, под обучающим сопровождением специалистов, помогла преодолеть замкнутость, уменьшить семейную тревожность, наладить общение с людьми с похожими проблемами.

#### **Библиографический список**

1. Смолякова, О.А. Особенности кризисных периодов в семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями / О.А. Смолякова. – Текст : непосредственный // Актуальные вопросы современной психологии : материалы II Междунар. науч. конф. (г. Челябинск, февраль 2013 г.). – Челябинск : Два комсомольца, 2013. – С. 110-112. – URL: <https://moluch.ru/conf/psy/archive/81/3366/> (дата обращения: 05.11.2022).

2. Федосеева, О.А. Особенности работы с семьей, воспитывающей «особого» ребенка / О.А. Федосеева. – Текст : непосредственный // Молодой ученый. – 2018. – N 6 (192). – С. 157-161. – URL: <https://moluch.ru/archive/192/48275/> (дата обращения: 04.11.2022).

**Информация об авторах:** Д.А. Осипова, [79049982409@ya.ru](mailto:79049982409@ya.ru)

**Information about the authors:** Daria A. Osipova, [79049982409@ya.ru](mailto:79049982409@ya.ru)

#### **Роль эрготерапии в реабилитации**

**Н.В. Шепеленко**

Областное государственное бюджетное учреждение «Многопрофильный центр реабилитации», г. Белгород, 308002, Россия

**Аннотация.** В статье рассматривается эрготерапия в реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья и пожилых людей, её основные направления, цели и задачи, а также специфика работы с различными категориями граждан с применением примерных упражнений и практик.

**Ключевые слова:** эрготерапия, реабилитация, адаптация, лица с ограниченными возможностями здоровья, пожилые люди, реабилитационная гимнастика, игровые технологии.

#### **The role of occupational therapy in rehabilitation**

**N.V. Shepelenko**

Regional State Budgetary Institution Multidisciplinary Rehabilitation Center,  
Belgorod, 308002, Russia

**Abstract.** This article examines occupational therapy in the field of rehabilitation of people with disabilities and the elderly, its main directions, goals and objectives, as well as the specifics of working with different categories of citizens recognized as needy, using exemplary exercises and practices.

**Key words:** occupational therapy, rehabilitation, adaptation, persons with disabilities, the elderly, rehabilitation exercises, game technology.

На сегодняшний день актуальной проблемой в реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья и пожилых людей является их социальная дезадаптация и трудности в повседневных аспектах жизни. Данные категории граждан испытывают затруднения в простых бытовых действиях и навыках самообслуживания. Вследствие чего такой человек становится полностью зависим от своего ближайшего окружения, и не имеет полноценной жизни за пределами своего дома. Для решения таких проблем и существует эрготерапия.

Эрготерапия – это междисциплинарная область реабилитации, находящаяся на стыке медицины, физиологии, психологии, социологии и педагогики, и помогающая людям с различными физическими и психическими нарушениями достигнуть максимальной самостоятельности в жизни.

Цель эрготерапии – это улучшение качества жизни и навыков независимого обслуживания пациента, поддержание достигнутых результатов и недопущение ухудшения его состояния в связи с потерей тех или иных видов деятельности.

Эрготерапия направлена на повышение активности пациента, на обретение им новых навыков, на адаптацию пространства, на обеспечение безопасности пациента при выполнении какой-либо деятельности, на повышение его уровня социализации [2, с. 90-93].

Эрготерапевты систематически работают со своими пациентами посредством последовательности действий, которые в совокупности известны как «операционный терапевтический процесс», состоящий из предварительной оценки, реабилитации и результатов. С помощью специальных методик, тестов, тренажеров, моделирующих различные аспекты деятельности человека, выявляются нарушения компонентов и составляющих жизнедеятельности человека. На основании проведенной оценки специалист вместе с пациентом определяет цели, методы и план эрготерапевтических занятий. Для общей эрготерапевтической оценки существует карта наблюдения пациента эрготерапевтом, предложенная Русской ассоциацией эрготерапевтов. В этой форме оцениваются двигательные возможности, мышечный тонус и мышечная сила, мелкая моторика кисти, чувствительность, боль, память, уровень сознания, навыки, возможность обучения, настроение, социальная и семейная поддержка, интересы и досуг. Также, когда пациент не может определиться с тем, какие навыки ему нужно восстановить или компенсировать, то для их выявления используется опросник по ежедневной активности. Оценка заканчивается заключением эрготерапевта о текущем состоянии пациента и сформулированным списком его проблем.

Комплекс занятий в эрготерапии принято делить на следующие направления:

- активность в повседневной жизни (занятия по обучению личной гигиене, самообслуживанию);
- развитие навыков социализации, коммуникации и мобильности в обществе, в работе и продуктивной деятельности;
- активность в игре, отдыхе и хобби.

Эрготерапия базируется на индивидуальном подходе к каждому пациенту. Есть ряд подходов в эрготерапии, которые должен соблюдать каждый специалист, работая в данной области, а именно:

1. Классический эрготерапевтический подход (в него входят клиенто-ориентированность, естественно-средовой принцип участия).
2. Практика, основанная на медицинских доказательствах.
3. Комплексный подход, совмещающий оба предыдущих подхода [1, с. 23-26].

Планирование и разработка программы занятий связаны с проблемой или проблемами, выявленными в результате оценки, также ведется выбор теоретического подхода, способа, интенсивности и продолжительности. Каждой проблеме из списка должен соответствовать определенный результат. Запланированные результаты должны быть конкретные, измеримые, достижимые, значимые и обозначенные по времени. Эрготерапевт с пациентом или с ухаживающим за ним обсуждают результаты, на которые направлена эрготерапия и разрабатывают программу вмешательства. В программе уточняются виды деятельности для полной или частичной ликвидации, или сведения к минимуму ограничений в деятельности для получения удовлетворительного результата.

Для выработки плана работы с пациентом необходимо также соблюдать ряд требований к выбору вида его деятельности. Определение занятия, которое подходит к индивидуальности и интересам человека с ограниченными возможностями здоровья – это сложный процесс, который требует от эрготерапевта много знаний и опыта. При этом важно помнить, что выбранная деятельность должна подходить пациенту и по силам и отвечать его потребностям. Так, например, реабилитация ребенка-инвалида будет в корне отличаться от реабилитации пожилого, который должен адаптироваться к когнитивным изменениям, вызванным возрастом или заболеваниями.

В областном государственном бюджетном учреждении «Многопрофильный центр реабилитации» (далее – ОГБУ «Многопрофильный центр реабилитации»), находящемся в г. Белгород, проводится работа с инвалидами и пожилыми людьми, нуждающимися в социальной адаптации и бытовой реабилитации. Нами применяются следующие методики в работе с пациентами: реабилитационная гимнастика с индивидуальным подбором упражнений, составление плана по разработке мелкой моторики, комплекс индивидуальных развивающих занятий, а также обучающие лекции о необходимой помощи нашим пациентам с их родственниками.

Наши специалисты по эрготерапии используют развивающую и компенсаторную стратегии – восстанавливают пострадавшие функции и замещают утраченные путем игровых методик, творческих игр и гимнастических упражнений, в том числе на специальном оборудовании – тренажерах для механотерапии. Например, для бытовой адаптации пациента, который не подготовлен к самостоятельной жизни, применяются ролевые игры, где пациент погружается в определенную жизненную ситуацию и со специалистом они прорабатывают возможные варианты её решения.

Упражнения на восстановление или совершенствование мелкой моторики вовлекают в работу малые и средние мышечные группы. В основном подбираются упражнения, которые несут под собой практическую направленность (переложить предмет, переставить стул, набрать номер телефона, открыть крышку). Также используются игры в шахматы, домино, шашки, лепка, конструктор, пазл, рисование, вырезание ножницами и многое другое.

Принято считать, что самыми эффективными упражнениями для реабилитации человека с подобными нарушениями являются тренировки на специальных тренажерах. Например, один из специальных тренажеров – тренажер Ротационный. Данный тренажер применяется для тренировки лучезапястного сустава, и включает в себя деревянное основание, регулируемую подставку для предплечья, и вращаемую рукоятку с сопротивлением. Исходя из возможностей пациента, специалист регулирует силу сопротивления. Как правило, в начале реабилитационных занятий устанавливается самая минимальная нагрузка, которая повышается от занятия к занятию.

В зависимости от типов пациентов, проходящих лечение, заболеваний, на которых сосредоточено внимание специалистов, или используемых методов, можно найти множество различных вариантов эрготерапии. Так, например, при работе с пациентами с когнитивными нарушениями, используется цвет, фактура или световые сигналы для подсказок (туалет, парта, ящики, необходимые вещи) для этого маркируются предметы, стены, используем разницу в цвете и структуре напольных покрытий. Пациентов, утративших чувствительность в результате инсульта, важно научить контролировать положение пораженной конечности визуально

с помощью здоровой руки, также использовать вспомогательные приспособления для самообслуживания и перераспределять нагрузку с пораженной конечности на здоровую.

Эрготерапия направлена на улучшение психического здоровья пациентов. Пациенты этой категории могут страдать от всевозможных психологических проблем, которые могут быть реабилитированы с помощью различных методик, применяемых эрготерапевтом. Любой человек с психологическими проблемами может извлечь пользу из реабилитационных мероприятий, с помощью индивидуально разработанных методов для его реабилитации. Эрготерапия в психиатрии обращается к пациентам всех возрастных групп с психотическими, невротическими и психосоматическими расстройствами.

Основными целями эрготерапии в психиатрии являются: развитие, улучшение и сохранение таких основных психических функций, как энергичность, мотивация, выдержка, упорство, выносливость, гибкость и умение самостоятельно планировать свой режим дня; восприимчивость организма и обработки восприятий и ощущений; соотнесение с реальностью восприятия самого себя и окружающих; поведение в соответствии с ситуацией, эмоциональными способностями и способности к общению.

Наши специалисты по эрготерапии также специализируются на оказании помощи пожилым людям, для того чтобы помочь справиться с изменениями, с которыми сталкивается человек на различных этапах старения организма. Старение может быть очень тяжелым: по этой причине требуется формирование умений и навыков, необходимых для полноценной комфортной жизни пожилых людей, а также повышения уровня их самостоятельности в быту.

С другой стороны, первые этапы жизни человека также сопряжены с проблемами и трудностями, которые не все люди могут решить самостоятельно без помощи специалиста.

Эрготерапия также может быть использована для реабилитации детей-инвалидов различных групп нозологий, приобретённых травм или заболеваний. В ходе процесса реабилитации у ребенка-инвалида прослеживается не только положительная динамика здоровья (разрабатываются двигательные функции верхних и нижних конечностей, улучшается координация, мелкая моторика рук), но и приобретаются бытовые навыки, необходимые для самостоятельности и независимости от родителей [3, с. 74-78].

Эрготерапия помогает людям, перенесшим различного уровня аварии, инсульты, потерявшим конечность или потерявшим подвижность рук и ног. Проблемы, с которыми сталкиваются эти люди, очень сложны, и требуют длительной, трудоемкой реабилитации и абилитации.

Важным моментом в реабилитации для эрготерапевта является также и окружение пациента, его образ жизни, интересы и увлечения, уровень интеллекта и особенности его развития. Эрготерапевт проводит работу не только с пациентами, но и с родителями детей-инвалидов, которая направлена на обучение и разъяснение принципов метода и конкретных приемов, для последующей отработки навыков в домашних условиях.

Таки образом, занятия эрготерапией положительно влияют на реабилитацию пациентов с различными заболеваниями или травмами. Это можно проследить в ходе реабилитационного процесса, где и сами пациенты ОГБУ «Многопрофильный центр реабилитации» отмечают положительную динамику восстановления.

В заключении стоит отметить, что эрготерапия требует длительной и постоянной тренировки, что позволит при любом заболевании наблюдать положительную динамику в той или иной степени выраженности. Отработка необходимых практических навыков поможет пациенту успешно адаптироваться в социуме и вести полноценную жизнь.

### **Библиографический список**

1. Гусев, А.О. Пути повышения уровня социально-бытовой адаптации пациентов, перенесших инсульт / А.О. Гусев, В.В. Ковальчук. – Текст : электронный // Ученые записки СПбГМУ им. И.П. Павлова. – 2010. – N 3. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/puti-povysheniya-urovnya-sotsialno-bytovoy-adaptatsii-patsientov-perenesshih-insult> (дата обращения: 06.09.2022).

2. Мальцева, М.Н. Эрготерапия. Роль восстановления активности и участия в реабилитации пациентов / М.Н. Мальцева, А.А. Шмонин, Е.В. Мельникова, Г.Е. Иванова. – Текст : электронный // Consilium Medicum. – 2017. – N 2-1. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ergoterapiya-rol-vozstanovleniya-aktivnosti-i-uchastiya-v-reabilitatsii-patsientov> (дата обращения: 20.10.2022).

3. Сычёва, Н.В. Актуальные вопросы системы социальной реабилитации детей-инвалидов / Н.В. Сычева. – Текст : электронный // Вестник Шадринского государственного педагогического университета. – 2018. – N 4 (40). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/aktualnye-voprosy-sistemy-sotsialnoy-reabilitatsii-detej-invalidov> (дата обращения: 20.10.2022).

**Информация об авторах:** Н.В. Шепеленко, [galitskaya.natali.98@gmail.com](mailto:galitskaya.natali.98@gmail.com)

**Information about the authors:** N.V. Shepelenko, [galitskaya.natali.98@gmail.com](mailto:galitskaya.natali.98@gmail.com)

### **Гарденотерапия как одно из эффективных направлений в реабилитации детей с ОВЗ, имеющих поведенческие отклонения**

**Н.С. Мальцева**

Государственное бюджетное учреждение Кемеровской области «Мариинский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями»,  
г. Мариинск, 652152, Россия

**Аннотация.** Одной из приоритетных и наиболее трудных задач современной системы социального обслуживания является социальная адаптация и реабилитация детей с ограниченными возможностями (ОВЗ). Исследования данной категории детей показали, что они лишены возможности предметно-практической деятельности, ограничены в игровой деятельности, что негативно сказывается на формировании высших психических функций. Общим в своеобразии всех психических функций и процессов является замедленный темп развития и быстрая истощаемость, низкая продуктивность и произвольная регуляция.

Таким образом, в силу своих особенностей в развитии, дети с ограниченными возможностями нуждаются в особых формах педагогического воздействия. Этому способствует гарденотерапия – особое направление психосоциальной, трудовой и педагогической реабилитации с помощью приобщения детей к работе с растениями.

Целью данного направления является улучшение физического и психического состояния детей с ОВЗ с поведенческими нарушениями.

Эффект гарденотерапии обычно проявляется в четырех сферах – интеллектуальной (когнитивной), социальной, эмоциональной (психологической) и физической.

Дети, прошедшие курс гарденотерапии, положительно отличаются от остальных воспитанников. Наблюдаются существенные изменения в различных сферах развития их личности. Работая с растениями, дети преодолевают замкнутость, неуверенность в себе, и просто радуются жизни. Именно этот момент так важен в реабилитации.

**Ключевые слова:** социальная адаптация и реабилитация, дети-инвалиды, гарденотерапия, природотерапия, работа с растениями, моторные навыки.

### **Gardenotherapy as one of the effective directions in the rehabilitation of children with disabilities who have behavioral deviations**

**N.S. Maltseva**

State Budgetary Institution of the Kemerovo Region "Mariinsky Rehabilitation Center for Children and Adolescents with Disabilities", Mariinsk, 652152, Russia

**Abstract.** One of the priority and most difficult tasks of the modern system of social services is the social adaptation and rehabilitation of children with disabilities. Common in the originality of all mental functions and processes is a slow pace of development and rapid exhaustion, low productivity and arbitrary regulation.

Studies of this category of children have shown that they are deprived of the possibility of subject-practical activity, limited in play activity, which negatively affects the formation of higher mental functions.

Thus, due to their developmental characteristics, children with disabilities need special forms of pedagogical influence. This is facilitated by garden therapy – a special area of psychosocial, labor and pedagogical rehabilitation by introducing children to work with plants.

The purpose of this direction is to improve the physical and mental condition of children with disabilities with behavioral disorders.

The effect of garden therapy usually manifests itself in four areas – intellectual (cognitive), social, emotional (psychological) and physical.

Children who have completed a course of garden therapy are positively different from other pupils. There are significant changes in various areas of development of their personality. Working with plants, children overcome isolation, self-doubt, and simply enjoy life! And this moment is so important in rehabilitation.

**Key words:** social adaptation and rehabilitation, disabled children, garden therapy, nature therapy, work with plants, motor skills.

В настоящее время в России большая часть детей относится к категории лиц с ограниченными возможностями здоровья и задержкой в психическом развитии, которые нуждаются в специальном (коррекционном) образовании, отвечающем их особым образовательным потребностям. Значительная часть детей с отклонениями в развитии (физическими, умственными), несмотря на усилия, предпринимаемые обществом с целью их обучения и воспитания, став взрослыми, оказывается неподготовленной к интеграции в социально-экономическую жизнь [1]. Поэтому одной из приоритетных и наиболее трудных задач современной системы социального обслуживания является социальная адаптация и реабилитация детей с ограниченными возможностями.

Понятие «дети с ограниченными возможностями» и «дети-инвалиды» охватывает категорию лиц, жизнедеятельность которых характеризуется какими-либо ограничениями или отсутствием способности осуществлять деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для человека данного возраста. Слово «инвалид» происходит от латинского *invalidus*, что означает слабый, немощный. В социологическом энциклопедическом словаре приводится следующее определение этого понятия: «инвалид – лицо, частично или полностью утратившее трудоспособность». Инвалидность – это социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойкими расстройствами функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты [1].

Дети с отклонениями в развитии оказываются лишены доступным их здоровым сверстникам каналов получения информации: скованные в передвижении и использовании сенсорных каналов восприятия, дети не могут овладеть всем многообразием человеческого опыта, остающегося вне сферы досягаемости. Они также лишены возможности предметно-практической деятельности, ограничены в игровой деятельности, что негативно сказывается на формировании высших психических функций.

Таким образом, в силу своих особенностей в развитии, дети с ограниченными возможностями нуждаются в особых формах педагогического воздействия. Реабилитация детей-инвалидов – это комплекс мероприятий и условий, позволяющих адаптироваться детям в стандартных социокультурных ситуациях: заниматься посильной работой, находить

и использовать нужную информацию, расширять свои возможности интеграции в обычную социокультурную жизнь.

Этому способствует гарденотерапия – особое направление психосоциальной, трудовой и педагогической реабилитации с помощью приобщения детей к работе с растениями. Гарденотерапия – английское слово, что означает в переводе garden (сад, растения), терапия-лечение, т.е. лечение растениями. Как известно, природотерапия является уникальным средством укрепления и восстановления здоровья, обладает хорошим реабилитационным эффектом.

Таким образом, гарденотерапия – это особая психосоциальная, трудовая и педагогическая технология реабилитации при помощи приобщения детей к работе с растениями при коррекции поведенческих и эмоциональных расстройств в рамках социально-бытовой адаптации. Целью данного направления является улучшение физического и психического состояния детей с ОВЗ с поведенческими нарушениями. К ним относятся агрессивные дети, дети с расстройством аутистического спектра, дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, дети с речевыми расстройствами и нарушениями в работе мелкой моторики (чаще всего это дети с детским церебральным параличом и парезами).

Эффект гарденотерапии обычно проявляется в четырех сферах – интеллектуальной (когнитивной), социальной, эмоциональной (психологической) и физической.

В интеллектуальной сфере – это развитие разных видов памяти и словарного запаса; пробуждение любопытства; улучшение внимания, наблюдательности; улучшение способности планировать и принимать решения; получение новых навыков.

В социальной сфере – это улучшение навыков общения. Дети-инвалиды учатся общаться друг с другом для достижения общей цели, уважать право каждого на свое мнение, разделять ответственность, развивать лидерские качества, проявлять толеранность друг к другу. Это и взаимодействие за пределами группы, общение в социуме; передача навыков и эмоций другим людям.

В психо-эмоциональной сфере – это усиление чувства собственного достоинства и веры в себя, становление адекватной самооценки. Чувство гордости за успех, так же как и чувство ответственности, приведшее к успеху, влекут за собой повышение самооценки. Дети понимают, что от них зависят живые существа – растения. Полив цветов, посадка растений и другие виды работ приводят к улучшению самоконтроля через перераспределение энергии. У детей наблюдается формирование позитивного взгляда в будущее, они интересуются, что произойдет с растениями на следующей неделе, в следующем году.

В физической сфере – это развитие и улучшение основных моторных навыков. Улучшение мышечной координации и тренировка всех групп мышц; пребывание на свежем воздухе при уходе за растениями улучшает общее состояние организма, так как растения выделяют фитонциды; происходит стимулирование и развитие не доминантных систем восприятия (дети слушают тишину, различают пение птиц, запахи растений, многообразие цветовой палитры).

Коррекционные возможности гарденотерапии обширны:

- развитие познавательной активности;
- коррекция эмоциональной сферы;
- расширение функциональных возможностей кистей рук;
- развитие элементов трудовых навыков.

Работа по гарденотерапии проводится по нескольким направлениям в тесном сотрудничестве с узкими специалистами (психолог, инструктор по труду, музыкальный руководитель, медицинский персонал). В ее содержание входят следующие направления: «Комнатное цветоводство», «Растения на участке», «Букеты и приветы», «Зеленый мир друзей».

1. «Комнатное цветоводство» включает изучение конкретных видов комнатных растений, находящихся в группе, дети узнают их названия, характерные особенности. Из практического опыта посадки растений из семян, узнают, что они живые существа и у них есть потребности в определенных условиях жизни: всем растениям нужны питательная почва (земля), вода, свет, тепло, воздух.



Знакомство с правилами ухода за комнатными растениями происходит благодаря специальным биркам, в которых схематично рассказано, как ухаживать за тем или иным растением (Рисунок 1).



Рисунок 1 – Комнатное цветоводство

Дети знакомятся с тематическими таблицами из серии «Помощь растениям». Самостоятельно выращенные комнатные цветы дети дарят на праздник своим самым близким и дорогим людям – мамам.

## 2. «Растения на участке».

Особое место занимают экскурсии и практические работы. Их необходимый минимум определен по каждому разделу методики. Экскурсии включают наблюдения, практические работы: опыты, измерения, работу с природным материалом.

Дети знакомятся с конкретными видами деревьев, кустарников, культурными и дикорастущими травянистыми растениями, растениями сада, огорода, а также с их названиями, характерными признаками, особенностями строения (корень, ствол, стебель, ветки, листья, цветы, семена) и назначением всех их органов. Кроме того, им рассказывают о назначении садового инвентаря, правилах ухода и выращивания рассады, о высадке садовых растений в грунт, уходе за растениями после высадки, сборе урожая и семян (Рисунок 2).



Рисунок 2 – Знакомство с растениями на участке

В ГБУ Кемеровской области «Мариинский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» овощные культуры выращиваются на открытом грунте и в теплице. Детям доставляет огромное удовольствие работать в огороде. Практикуются и такие виды деятельности, как «Огород на окне». Зачастую собственноручно выращенную рассаду дети забирают домой, и продолжают ухаживать за ней самостоятельно. Это позволяет развивать ответственность и самостоятельность.

С детьми ведется экспериментальная деятельность. Проводятся опыты: могут ли растения прожить без воды и света, как будут вести себя, лишившись необходимых условий.

3. Направление «Букеты и приветы» включает художественный труд с природным материалом, знакомство с технологией и видами аппликаций из листьев, сезонные аранжировки

из цветов, листьев, веток, семян, оттиск листом, создание гербариев, сюжетные инсталляции из природного материала и другие виды творческой деятельности (Рисунок 3).



Рисунок 3 – Художественный труд с природным материалом

На этапе сбора урожая актуальны аппликации «Соленье и варенье» с малышами, ребята постарше выполняют аппликации из осенних листьев и семян. Идеи поделок и рисунков ребята черпают из изданий периодической печати, которые регулярно выписывают в нашем учреждении.

При изучении растений активно используют гербарии. На основе готовых образцов дети учатся создавать свои гербарии. Детские работы представлены на городских выставках и на базе центра. Поделки и картины из природного материала занимают призовые места во всероссийских, региональных и муниципальных конкурсах. Это дает возможность детям повысить самооценку, и реализовать свои творческие способности.

4. Следующее направление – «Зеленый мир друзей». Оно предусматривает проведение тематических, досуговых и развлекательных мероприятий: «Веселый садовник», «Бал цветов», «День зелени», «Растения нашей группы».

По данному направлению проводятся игры-инсценировки и театрализация по теме, а также ярмарки-распродажи рассады, акции «Забота» по оказанию посильной помощи ветеранам ВОВ, «Красота в каждый дом»: дети дарят рассаду садовых цветов или овощных культур многодетным семьям, организуется фитобар, в котором детям предлагают чай, заваренный из лекарственных трав (мяты, Melissa, чабреца, душицы). Дети под контролем медиков оздоравливаются.

Элементы гартенотерапии используются в игровой деятельности.

Многие игры взяты из изданий периодической печати и методической литературы. Кроме того, в работе по данному направлению используется: устное народное творчество поговорки, стихи, загадки, сказки. Произведения известных писателей – Н. Носов «Огурцы», Ю. Тувим «Хозяйка с базара пришла», В. Бианки «Запасы овощей».

Одним из важных направлений является работа с семьёй, в которой ребёнок растёт и воспитывается. Организуются беседы и консультации с родителями на темы безопасного поведения детей в природе «Внимание! Ядовитые растения!», «Природные доктора», «Опасные ягоды», «Правила поведения в лесу». Родители знакомятся с календарем основных работ по уходу за комнатными и садовыми растениями. Осуществляется подбор художественной литературы для чтения с детьми дома. Разработаны буклеты и памятки. Родители привлекаются к участию в акциях и других мероприятиях, совместно с детьми они готовят поделки и рисунки на выставки.

Эта работа подводит родителей к пониманию того, что совместные усилия необходимы, прежде всего, детям для их полноценного, гармоничного развития. По окончании курса реабилитации, работа по данному направлению продолжается в домашних условиях: дети и родители ухаживают за растением, принесенным из учреждения, делятся своим опытом по уходу за ним.

Дети, прошедшие курс гартенотерапии, положительно отличаются от остальных воспитанников. Наблюдаются существенные изменения в различных сферах развития их личности (Рисунок 4).



Рисунок 4 – Результаты влияния курса гарденотерапии на детей с ограниченными возможностями

В психоэмоциональной сфере удалось добиться улучшения у 19 % детей. По сравнению с началом занятий уже к концу реабилитации у детей-инвалидов значительно снизился уровень личностной тревожности. Большая часть таких детей адекватно оценивает свои способности и возможности в достижении успеха в деятельности и общении. Эти ребята отличаются уверенностью в своих силах, настойчивостью в достижении цели, большой продуктивностью, критичностью в оценке достигнутого. У большинства воспитанников, проходящих курс гарденотерапии, сформировалось позитивное отношение к себе и окружающим.

Благодаря этому в нашей группе уровень межличностных отношений повысился на 17 %. Все дети стремятся к сотрудничеству, у них выражена готовность помогать и сочувствовать окружающим, ответственность, доброжелательность, коллективизм. Повысился уровень самостоятельности, умение принимать решения.

Работа с разными видами растений, запоминание их названий способствовала расширению кругозора и словарного запаса, развитию памяти, стремлению к познанию нового, повышению экологической грамотности. Таким образом, в когнитивной сфере дети, прошедшие курс гарденотерапии, достигли улучшений на 13 %.

В физической сфере удалось улучшить основные моторные навыки на 8 %. Работа с мелкими семенами (в процессе их сбора, очистки, посева, а также при изготовлении поделок и рисунков с использованием семян, листьев и других частей растений) способствовала развитию моторики рук, улучшилась зрительно-моторная координация. Кроме того, уровень часто болеющих детей в группе снизился на 3 %.

Комплекс своевременных реабилитационных мероприятий с использованием гарденотерапевтических методов позволяет не только восстановить ряд нарушенных функций организма, но и усилить, воссоздать, а в ряде случаев сотворить заново способность детей-инвалидов к полноценной жизни в обществе. Работая с растениями, дети преодолевают замкнутость, неуверенность в себе, и просто радуются жизни. Именно этот момент так важен в реабилитации.

#### Библиографический список

1. Адаптация и реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья : учебное пособие / Т.Н. Дубровская. – М. : Издательство РГСУ, 2014. – 364 с
2. Социально-педагогическая реабилитация детей-инвалидов : учебно-методическое пособие / И.А. Телина ; под редакцией В.П. Синенко. – М. : Издательство Литагент Флинта, 2014. – 157 с. – Текст : непосредственный.

**Информация об авторах:** Н.С. Мальцева, *malzeva-natasha@mail.ru*

**Information about the authors:** N.S. Maltseva, *malzeva-natasha@mail.ru*

## **Опыт использования технологии «гарденотерапия» в реабилитационном процессе детей-инвалидов**

**В.А. Кондратьева**

Краевое государственное бюджетное учреждение социального обслуживания  
«Реабилитационный центр для детей-инвалидов, детей и подростков с ограниченными  
возможностями «Радуга», г. Красноярск, 660112, Россия

**Аннотация.** Специалисты краевого государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Реабилитационный центр «Радуга» ежегодно внедряют в свою работу эффективные технологии, позволяющие улучшить качество реабилитационного процесса с детьми, посещающими курсы реабилитации в отделении дневного пребывания. Одной из таких технологий является гарденотерапия, успешно применяемая при работе с детьми-инвалидами от 7 до 12 лет с 2021 года. Гарденотерапия помогает специалистам разнообразить реабилитационный процесс, сделать его более эффективным, понятным и доступным абсолютно каждому ребёнку. Использование данной технологии позволяет раскрыть у детей творческий потенциал, стимулирует познавательную и социальную активность, а также формирует у детей начальные трудовые и социально-бытовые навыки.

**Ключевые слова:** дети-инвалиды, гарденотерапия, реабилитационный процесс, трудовые навыки, социально-бытовые навыки, социально-реабилитационная технология.

## **Experience of using "gardenotherapy" technology in the rehabilitation process of disabled children**

**V.A. Kondrateva**

Regional State Budgetary institution of social service "Rehabilitation Center for disabled  
children, children and adolescents with disabilities "Rainbow", Krasnoyarsk, 660112, Russia

**Abstract.** Specialists of the KGB SB "Raduga Rehabilitation Center" annually introduce effective technologies into their work that allow improving the quality of the rehabilitation process with children attending rehabilitation courses in the day care unit. One of these technologies is gardenotherapy, which has been successfully used when working with disabled children from 7 to 12 years old since 2021. Gardenotherapy helps specialists to diversify the rehabilitation process, makes it more effective, understandable and accessible to absolutely every child. The use of this technology allows children to reveal their creative potential, stimulates cognitive and social activity, and also forms children's initial labor and social skills.

**Keywords:** disabled children, garden therapy, rehabilitation process, labor skills, social and household skills, social rehabilitation technology.

Одной из задач специалистов, работающих с детьми, имеющими инвалидность, является пробуждение у них интереса к образовательной, трудовой и коррекционно-развивающей деятельности через различные современные технологии. На сегодняшний день, к эффективным технологиям работы с детьми-инвалидами, относят и гарденотерапию.

Понятие гарденотерапии происходит от английского слова «garden» (сад, цветник) и буквально означает «лечение растениями». Технология заключается в привлечении подрастающего поколения к работе с растениями (выращивание рассады, уход за цветами, озеленение территории). В ходе деятельности тренируется мелкая моторика рук, а нахождение среди зелени способствует развитию обоняния, слуха и зрения [2, с. 48].

Британские ученые недавно обнародовали своё заключение о том, что занятия садоводством и огородничеством оказывают самое положительное влияние на тех, кто в силу различного рода отклонений испытывает трудности с учёбой. Важно не только научить

детей выращивать зелень, но привить им уважение к природе, умение ценить её, наблюдать за ней и умение вести здоровый образ жизни.

В США и Канаде сотни госпиталей работают с растениями, обеспечивая мощную форму терапии для пациентов с эмоциональными и физическими проблемами. В Северной Америке зарегистрировано более 250 профессиональных садовых терапевтов, успешно работающих в различных организациях: домах престарелых, школах, детских домах и госпиталях. Многие университеты этих стран готовят профессиональных садовых терапевтов.

Гарденотерапия развивает познавательную активность, творческий потенциал, коммуникативные навыки, формирует у детей начальные трудовые и социально-бытовые навыки. Растения создают психологически благоприятную среду, положительно влияют на настроение детей. Работа с комнатными и садовыми растениями расширяет кругозор детей, заставляет их глубже узнавать окружающий мир, способствует приобретению опыта по организации собственной деятельности [3, с. 10].

Гарденотерапия положительно влияет на все сферы человеческого развития: когнитивную, социальную, эмоциональную, физическую.

В когнитивной сфере – это развитие памяти и словарного запаса, пробуждение любопытства, улучшение внимания, наблюдательности, способности планировать и принимать решения, формирование новых навыков.

В социальной сфере – это улучшение коммуникативных навыков. Дети учатся общаться друг с другом для достижения общей цели, уважать право каждого на свое мнение, разделять ответственность, развивать лидерские качества.

В психоэмоциональной сфере – это усиление чувства собственного достоинства и веры в себя. Дети понимают, что от них зависят живые существа – растения. Полив цветов, посадка растений и другие виды работ приводят к улучшению самоконтроля через перераспределение энергии. У детей наблюдается формирование позитивного взгляда в будущее, они интересуются, что произойдет с растениями на следующей неделе.

В физической сфере – это улучшение мелкой, крупной моторики, а также координации и ощущения себя в пространстве [3, с. 11]. Дети не только напрямую работают с живыми растениями, но и изготавливают поделки из природного материала, что способствует формированию целостной картины мира природы. Гарденотерапия учит детей терпению, учит их проявлять заботу и быть внимательными к растительному миру.

Гарденотерапия – одно из эффективных направлений трудовой и социальной реабилитации при работе с детьми, имеющими инвалидность. Эта технология оказывает, своего рода, психотерапевтическое воздействие на детей, что, в свою очередь, позволяет корректировать какие-либо негативные поведенческие и эмоциональные состояния.

До марта 2021 года дети-инвалиды, посещающие курс реабилитации в средних группах отделения дневного пребывания краевого государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Реабилитационный центр «Радуга» (далее – КГБУ СО «Реабилитационный центр «Радуга», реабилитационный центр), практически не были знакомы с такой технологией, как гарденотерапия. Поэтому внедрение в реабилитационный процесс технологии «гарденотерапия» актуально и будет способствовать развитию у детей коммуникативных, социально-бытовых, а также первичных трудовых навыков.

Целевая группа исследования: дети-инвалиды от 7 до 12 лет, посещающие курс реабилитации в средней группе отделения дневного пребывания КГБУ СО «Реабилитационный центр «Радуга».

*Цель исследования:* развитие у детей, имеющих инвалидность, трудовых, социально-бытовых, коммуникативных навыков через гарденотерапию, с помощью трудовой, коррекционно-развивающей деятельности.

Принципы исследования:

– доступность (теоретическая и практическая часть занятий соответствует возрастным и индивидуальным особенностям каждого ребенка);

- практическая применимость (использование в повседневной жизни выращенных цветов, плодов, семян и т.д.);
- индивидуальное трудовое участие (наличие у каждого ребенка своего «подопечного»: свое растение, свой цветок, своя рассада, отслеживание результата);
- индивидуальный подход (каждое занятие выстраивается таким образом, чтобы все дети были задействованы в равной степени независимо от психофизиологических особенностей).

Среднюю группу реабилитационного центра с марта 2021 г. по ноябрь 2022 г. посетило более 90 детей-инвалидов. Дети, проходящие курсы реабилитации, имеют различные диагнозы, в их числе: расстройство аутистического спектра, умственная отсталость, речевые нарушения, детский церебральный паралич, гидроцефалия, эпилепсия, миелопатия, болезнь Дауна, сколиоз, плоскостопие, тугоухость, глухота, ретинопатия, врожденный порок сердца.

Гарденотерапия включена в реабилитационный процесс средней группы с марта 2021 г. и продолжает применяться по настоящее время.

Два раза в неделю на протяжении четырех недель в зависимости от времени года, дети и педагог занимаются гарденотерапией. Занятия выстроены следующим образом:

1-е занятие – вводное: дети получают информацию о том, что такое «гарденотерапия», для чего она нужна и, чем полезна.

2-е занятие (в зависимости от времени года) – теоретическое занятие с элементами практики. Содержание второго занятия для летнего времени года: выбор детьми семян (зелени или цветов), для самостоятельного выращивания; информирование детей о правильном уходе за выбранным «подопечным» (как правильно его выращивать, какие есть правила ухода и от чего стоит беречь растение).

3 – 6-е занятия – практические: подготовка необходимого материала (лейки, грунт, лопатки, семена, горшочки) для высаживания; высадка растений, уход за растениями (полив, удобрение, пересадка, подкормка); проведение экспериментов, ведение дневника наблюдений; изготовление поделок из природного материала; участие в экскурсиях по территории реабилитационного центра; изучение растений на улице; высадка овощных культур и цветов на территории реабилитационного центра и в теплицах.

В теплое время года дети выращивают на подоконнике зелень: латук, шпинат, петрушку, орегано, кресс-салат, сельдерей, укроп, рукколу, базилик, лук, мяту. За всем, что высаживают дети, они следят самостоятельно (поливают, убирают с солнечного света, если это необходимо, состригают «лишнее»). Прежде, чем что-либо высаживать, с детьми проводится теоретическое занятие о том, как правильно высаживать, ухаживать за выбранным «подопечным». Кроме того, в теплое время года дети занимаются посадкой и выращиванием цветов: петунии, ромашки, хризантемы.

Благодаря наличию на территории реабилитационного центра теплиц, у детей есть уникальная возможность расширять и углублять знания о культурных растениях, их особенностях и технологиях выращивания. Совместно с педагогом дети выращивают в теплицах овощи (помидоры, огурцы, кабачки и перцы), ухаживают за ними, а также ведут дневники наблюдения роста и развития плодов. Наличие теплиц помогает детям проследить созревание овощных культур: от высаживания рассады в группе, до сбора урожая в теплице. Ухаживая за растениями и плодами на территории реабилитационного центра, дети осваивают начальные трудовые, социально-бытовые навыки, также у них формируется умение правильно использовать простейшее орудие по обработке почвы.

В группе дети проводят эксперименты – пересаживают разные виды овощных культур и растений. Не всегда то, что высаживают дети – приживается, но на примере неудачно высаженного плода или цветка дети получают ценный опыт и новые знания, учатся контролировать и приемлемым в обществе способом проявлять любые, даже негативные, эмоции.

В холодное время года дети изучают комнатные растения, имеющиеся в учреждении. Они изучают цветы, их названия, способы полива, определяют необходимость подкорма того или иного растения, учатся пересаживать и размножать растения, расширяют знания

о растительном мире, учатся правильно ухаживать за выбранным «подопечным», делать регулярные действия и фиксировать события в дневниках наблюдения.

Качественные и количественные результаты внедрения технологии «гарденотерапия» среди детей-инвалидов от 7 до 12 лет, посещающих отделение дневного пребывания КГБУ СО «Реабилитационный центр «Радуга», следующие:

1. Все дети изучили комнатные растения, которые есть в актовом зале КГБУ СО «Реабилитационный центр «Радуга».

2. Большинство детей смогли научиться самостоятельно ухаживать за растениями, остальным же детям, в силу индивидуальных особенностей, необходима была помощь со стороны педагога.

3. Все дети постигли азы растениеводства (научились удобрять и пересаживать простые формы комнатных растений).

4. Все дети научились высаживать и выращивать зелень и садовые цветы на подоконнике. Кроме того, большая часть детей научилась самостоятельно ухаживать за выращенными растениями и зеленью, нести ответственность за свой труд.

5. Практически все дети стали более внимательны, наблюдательны, аккуратны.

6. Большинство детей начали больше общаться друг с другом, со специалистами и родителями. Практически каждый ребенок обязательно делился с родителями впечатлениями от ухода за растениями. С педагогом дети ежедневно обсуждали растения, способы ухода за ними и отслеживали динамику роста зелени и садовых цветов.

7. Гарденотерапия повлияла также и на словарный запас: дети стали употреблять в своей речи новые слова, например, названия растений, выращенных плодов, посадочного инвентаря. У детей наблюдалось улучшение внимания, появились навыки планирования своей деятельности.

8. Практически все дети сформировали необходимые трудовые (уход за растениями, подготовка грунта, уборка инвентаря) и социально-бытовые навыки (самообслуживание, уборка своего рабочего места, приведение в порядок себя после практического занятия) через гарденотерапию.

Таким образом, гарденотерапия является эффективной технологией, которую обязательно необходимо внедрять в реабилитационный процесс при работе с детьми-инвалидами. Работа с растениями помогает детям раскрыть творческий потенциал, корректирует негативное поведение и эмоции, благоприятно влияет на развитие коммуникативных навыков, а также способствует развитию и формированию трудовых и социально-бытовых навыков, необходимых для дальнейшего развития детей и улучшения качества их жизни.

#### **Библиографический список**

1. Авдоница, Т.Б. Инновационные методы обучения детей с ограниченными возможностями здоровья / Т.Б. Авдоница, Д.Х. Гурьева. – Текст : непосредственный // Архивариус. – 2020. – N 3. – С.46-52.

2. Мардахаев, Г.В. Социально-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья : учебник для академического бакалавриата / Л.В. Мардахаев [и др.] ; под редакцией Л.В. Мардахаева, Е.А. Орловой. – Москва : Издательство Юрайт, 2019. – 343 с. – Текст : непосредственный.

3. Сизых, С.В. Садовая терапия : использование ресурсов ботанического сада для социальной адаптации и реабилитации : справочно-методическое пособие / С.В. Сизых, В.Я. Кузеванов, С.И. Белозерская, В.П. Песков. – Иркутск : Изд-во Ирк. гос. ун-та, 2006. – 48 с. – Текст : непосредственный.

**Информация об авторах:** В.А. Кондратьева, [veronika.kondrateva.an@yandex.ru](mailto:veronika.kondrateva.an@yandex.ru)  
**Information about the authors:** V.A.Kondrateva, [veronika.kondrateva.an@yandex.ru](mailto:veronika.kondrateva.an@yandex.ru)

**О содержательном обеспечении системы повышения квалификации кадров,  
занятых в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан  
с психическими расстройствами**

**Е.О. Гордиевская, Е.М. Старобина**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, 195067, Россия

**Аннотация.** Исследование посвящено разработке содержательного обеспечения системы повышения квалификации кадров, занятых в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами. В процессе исследования авторами были проанализированы профессиональные стандарты специалистов, занятых в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами; сформулированы предложения по уточнению и дополнению компетенции этих специалистов в связи с их новыми функциями, а также предложения по корректировке действующих профессиональных стандартов этих специалистов. На основе проведенного аналитического исследования были разработаны примерные программы повышения квалификации специалистов по темам «Получение, хранение и учет мнения инвалидов с нарушениями психических функций и их законных представителей о предпочтительной форме жизнеустройства инвалидов с нарушениями психических функций с учетом предоставления им необходимой помощи и сопровождения, включая сопровождаемое проживание, для целей организации сопровождаемого проживания инвалидов с нарушениями психических функций», «Теоретические основы формирования информации на русском ясном языке и ее использования». Продолжается работа по формированию программ повышения квалификации кадров, занятых в сопровождаемом проживании, сопровождаемой трудовой деятельности, социальной занятости, сопровождении инвалидов с психическими расстройствами и расстройствами поведения (ментальными нарушениями).

**Ключевые слова:** дополнительная профессиональная образовательная программа, инвалиды с нарушениями психических функций, жизнеустройство, сопровождаемое проживание, русский ясный язык.

**On the content support of the system of advanced training of personnel engaged in the  
process of life management and support of citizens with mental disorders**

**Elena O. Gordievskaya, Elena M. Starobina**

Federal state Budgetary Institution “Federal Scientific Center for the Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht” of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation, St. Petersburg, 195067, Russia

**Abstract.** The research is devoted to the development of a meaningful system of professional development of personnel engaged in the process of life management and support of citizens with mental disorders. In the course of the study, the authors analyzed the professional standards of specialists engaged in the process of life management and support of citizens with mental disorders, formulated proposals to clarify and supplement the competence of these specialists in connection with their new functions, as well as proposals to adjust the current professional standards of these specialists. On the basis of the conducted analytical research, exemplary professional development programs were developed for specialists on the topics "Obtaining, storing and taking into account the opinions of persons with disabilities with impaired mental functions and their legal representatives on the preferred form of life arrangement of persons with disabilities with impaired mental functions, taking into account the provision of necessary assistance and support, including accompanied



accommodation, for the purposes of organizing accompanied accommodation of persons with disabilities with disabilities mental functions", "Theoretical foundations of the formation of information in the Russian clear language and its use". Work continues on the formation of professional development programs for personnel engaged in accompanied living, accompanied work, social employment, accompanying disabled people with mental disorders and behavioral disorders (mental disorders).

**Key words:** additional professional educational program, disabled people with mental disorders, life arrangement, accompanied accommodation, Russian clear language.

*Введение.* Актуальность исследования обусловлена тем обстоятельством, что в настоящее время большое внимание уделяется вопросам подготовки квалифицированного кадрового состава учреждений и организаций, участвующих в осуществлении мероприятий по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов различных категорий. Действенным инструментом такой подготовки является повышение квалификации разнопрофильных специалистов, осуществляющих целевые мероприятия. Особо актуальным на современном этапе представляется содействие в овладении специалистами новыми компетенциями в области комплексной реабилитации и абилитации граждан с нарушениями психических функций, в том числе в части их жизнеустройства и сопровождения.

*Целью исследования,* которому посвящена данная статья, явилось научное обоснование содержательного аспекта обеспечения системы повышения квалификации кадров, занятых в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами.

*Объектом* исследования явились: профессиональные компетенции специалистов, задействованных в реализации мероприятий по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов с психическими расстройствами, профессиональные стандарты профильных специалистов, задействованных в целевых мероприятиях, а также дополнительные профессиональные образовательные программы для повышения квалификации данных специалистов: «Получение, хранение и учет мнения инвалидов с нарушениями психических функций и их законных представителей о предпочтительной форме жизнеустройства инвалидов с нарушениями психических функций с учетом предоставления им необходимой помощи и сопровождения, включая сопровождаемое проживание, для целей организации сопровождаемого проживания инвалидов с нарушениями психических функций», «Теоретические основы формирования информации на русском ясном языке и ее использования».

В ходе осуществления исследования авторами были решены *задачи* по разработке:

- перечня специалистов, занятых в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами;
- перечня компетенций специалистов, занятых в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами;
- предложений по изменению действующих профессиональных стандартов и разработке новых;
- дополнительной профессиональной образовательной программы для обучения специалистов по получению, хранению и учету мнения инвалидов с нарушениями психических функций и их законных представителей о предпочтительной форме жизнеустройства с учетом предоставления им необходимой помощи и сопровождения, включая сопровождаемое проживание, для целей организации сопровождаемого проживания инвалидов с нарушениями психических функций в процессе пилотного проекта по формированию и внедрению организационно-финансовой модели жизнеустройства инвалидов с нарушениями психических функций;
- дополнительной профессиональной образовательной программы «Теоретические основы формирования информации на русском ясном языке и ее использования».

*Методология* проведения исследования включала осуществление информационного поиска, анализ и обобщение информационных материалов, профессиональных стандартов

в отношении формирования перечня актуальных компетенций специалистов, а также содержательной части дополнительных профессиональных образовательных программ.

*Результаты и обсуждение.* В Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в том числе детей с инвалидностью, на период до 2025 года (далее – Концепция) [14] подчеркивается, что технологии и подходы к реабилитации и абилитации, социальному сопровождению инвалидов, в том числе детей-инвалидов, вследствие психических расстройств имеют существенные особенности. Для лиц с инвалидностью с нарушениями, значимо затрудняющими ведение самостоятельного образа жизни (с психическими расстройствами и расстройствами поведения, нарушениями функций слуха, зрения и речи, двигательных и других функций, сочетанными и тяжелыми множественными нарушениями), особое значение имеют вопросы сопровождения, как при предоставлении реабилитационных услуг, так и услуг при организации жизнеустройства в целом, создания по месту их жительства, обучения, работы, досуга постоянной реабилитационной среды.

Процесс жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами предполагает участие в его реализации широкого спектра специалистов различной профессиональной направленности. Данный процесс предусматривает содействие в предоставлении инвалидам разнообразных социальных услуг, в том числе – по реабилитации и абилитации: образовательных, социокультурных, в сфере физической культуры и спорта и проведения мероприятий по социальному сопровождению инвалидов (содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам) [1-5;13;15-19]. То есть, требования к кадровому составу учреждений и организаций, участвующих в обеспечении процесса жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами определяется спецификой данных мероприятий и отличается своеобразием, сложностью и высокими требованиями к задействованным в данных мероприятиях специалистам.

Данное направление их профессиональной деятельности является относительно новым, востребованным в современных условиях и недостаточно изученным широким кругом специалистов, призванных оказывать целевые услуги по данному направлению их деятельности. В Концепции [14] в разделе VI. «Особенности организации комплексной реабилитации и абилитации, социализации и жизнеустройства лиц с инвалидностью с психическими расстройствами и расстройствами поведения» в отношении кадрового состава, реализующего данный процесс, подчеркивается необходимость решения задачи обеспечения социальной сферы квалифицированными кадрами.

Согласно «Методическим рекомендациям по разработке основных профессиональных образовательных программ и дополнительных профессиональных программ с учетом соответствующих профессиональных стандартов» (утв. Министром образования и науки Российской Федерации Д.В. Ливановым от 22 января 2015 года за N ДЛ-1/05вн), программы профессионального обучения разрабатываются на основе установленных квалификационных требований (профессиональных стандартов) (ч. 8 ст. 73) [1]. То есть, профессиональные стандарты выступают, в том числе в качестве основы для организации обучения, повышения квалификации, профессиональной переподготовки кадрового состава. Соответственно, данные документы должны быть составлены с учетом современных требований и подходов, отражающих наиболее эффективные и результативные практики профессиональной деятельности, с учетом профильной специализации специалистов, задействованных в целевом процессе.

Авторами исследования были проанализированы следующие актуальные для специалистов, задействованных в мероприятиях по жизнеустройству и сопровождению граждан психическими расстройствами, профессиональные стандарты:

- социальный работник [7];
- психолог в социальной сфере [10];

- сопровождающий инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья и несовершеннолетних [12];
- ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья [11];
- специалист в области воспитания (социальный педагог, тьютор) [8].

Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 марта 2022 N 191н [6] признан утратившим силу приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 16 ноября 2015 N 871н «Об утверждении профессионального стандарта «Сопровождающий инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья и несовершеннолетних», и этим же приказом утвержден профессиональный стандарт «Сопровождающий инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья, несовершеннолетних лиц на спортивные мероприятия». Данный приказ вступил в силу с 1 сентября 2022 г.

Анализ перечисленных профессиональных стандартов показал, что не все действующие профессиональные стандарты содержат компетенции, необходимые при оказании услуг по содействию жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами. Отсутствие включения данных аспектов в профессиональные стандарты способно явиться причиной недооценки значимости получения актуальных и востребованных компетенций соответствующими специалистами, в том числе в ходе повышения их квалификации – при прохождении соответствующего обучения по дополнительным образовательным программам. Для устранения (коррекции) возможного пробела в компетенциях специалистов, занятых в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами целесообразно включение в перечисленные выше профессиональные стандарты специальных компетенций, относящихся к реализации мероприятий по жизнеустройству и сопровождению граждан с психическими расстройствами, или уточнение имеющихся компетенций с их конкретизацией в части реализации процесса жизнеустройства и сопровождения данных лиц. Сформированные предложения по включению актуальных компетенций касались таких ключевых моментов, как: указание на конкретный контингент реабилитируемых (инвалиды, люди с ОВЗ, граждане с нарушениями психических функций), на их особенности (психологические, психофизиологические, социально-педагогические); на специфику направленности реабилитационных мероприятий, включая особенности взаимодействия с данными категориями граждан, в том числе соблюдение специфических этических норм и правил, «при организации процесса жизнеустройства и сопровождения», особо акцентируя внимание на процессе «содействия» при осуществлении трудовых действий в процессе реабилитации и абилитации данных лиц разнопрофильными специалистами.

На основании проведенного исследования были разработаны дополнительные образовательные программы: «Получение, хранение и учет мнения инвалидов с нарушениями психических функций и их законных представителей о предпочтительной форме жизнеустройства инвалидов с нарушениями психических функций с учетом предоставления им необходимой помощи и сопровождения, включая сопровождаемое проживание, для целей организации сопровождаемого проживания инвалидов с нарушениями психических функций», «Теоретические основы формирования информации на русском ясном языке и ее использования». Компетенции, необходимые при оказании услуг по содействию жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами, были включены в содержательные части дополнительных образовательных программ при описании требуемых результатов обучения, а также учитывались и являлись основой при формировании содержательной части указанных программ, в которые, в том числе включены модули по обучению специфическим этическим нормам, разделы по изучению специфических особенностей данных категорий граждан (основы профессиональной этики и правил межличностного взаимодействия с различными категориями инвалидов, а также с инвалидами с нарушениями психических функций, в том числе – в ходе получения, хранения и учета их мнения и мнения их законных

представителей о предпочтительной форме жизнеустройства с учетом предоставления им необходимой помощи и сопровождения, включая сопровождаемое проживание).

*Заключение.* Сформированные авторами предложения по доработке действующих и разработке новых профессиональных стандартов специалистов, занятых в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами, включение представленных авторами формулировок актуальных компетенций в разделы существующих профессиональных стандартов, а также учет и их применение при разработке новых профессиональных стандартов, могут стать научно-обоснованной базой для формулировки требований к содержанию и условиям труда, квалификации и компетенциям специалистов, задействованным в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими заболеваниями по различным квалификационным уровням, а также стать необходимыми при разработке должностных инструкций и конкретизации функциональных обязанностей профильных специалистов. Конкретные предложения по применению результатов исследования касаются и практического использования учебных профессиональных программ в системе дополнительного профессионального образования при повышении квалификации специалистов, задействованных при жизнеустройстве и сопровождении лиц с инвалидностью. Внедрение результатов нашей работы позволит осуществлять повышение квалификации специалистов широкого профиля, задействованных в целевом процессе, на основе современных эффективных подходов и практик с учетом актуальных требований к дополнительным профессиональным программам, разрабатываемым на основе компетентностного и модульного подходов, базирующихся на ключевых положениях и формулировках профессиональных стандартов профильных специалистов.

#### **Библиографический список**

1 Жизнь с достоинством (сопровожаемое проживание). Практическое пособие / Под ред. А.М. Царёва. – Псков, М. : Издательство «Перо». – 2017. – 272 с. – Текст : непосредственный.

2 Методические рекомендации по разработке основных профессиональных образовательных программ и дополнительных профессиональных программ с учетом соответствующих профессиональных стандартов (утв. Минобрнауки России 22.01.2015 N ДЛ-1/05вн). – URL: [https://www.spo.mosmetod.ru/docs/borderless/min\\_obr\\_22.01.2015.pdf](https://www.spo.mosmetod.ru/docs/borderless/min_obr_22.01.2015.pdf) (дата обращения 04.06.22). – Текст : электронный.

3 Организация сопровождаемого проживания лиц с тяжелыми и множественными нарушениями развития, Псков. – URL: [http://www.as2006.ru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=176:pskowkvart&catid=76:prjdepartments&Itemid=143](http://www.as2006.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=176:pskowkvart&catid=76:prjdepartments&Itemid=143) (дата обращения 20.10.2022). – Текст : электронный.

4 Помощь людям с инвалидностью в организации самостоятельной жизни (Сопровожаемое проживание) : Информационно-методический сборник. – М. : Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, 2017. – 200 с. – URL: [http://www.diaconia.ru/files/5add82/4c416d/a1c605/8b4569/16447\\_blok\\_print.pdf](http://www.diaconia.ru/files/5add82/4c416d/a1c605/8b4569/16447_blok_print.pdf) (дата обращения 25.11.22). – Текст : электронный.

5 Постинтернатное проживание. – URL: <http://www.busovosdd.ru/glavnaya/news/2016/06/24/09-09-21/13> (дата обращения 20.10.2018). – Текст : электронный.

6 Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 марта 2022 N 191н «Об утверждении профессионального стандарта «Сопровождающий инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья, несовершеннолетних лиц на спортивные мероприятия». – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения 25.11.2022). – Текст : электронный.

7 Профстандарт 03.002 Социальный работник. – URL: <https://classinform.ru/profstandarty/03.002-sotcialnyi-rabotnik.html> (дата обращения 05.05.2022). – Текст : электронный.

8 Профстандарт: 01.005 Специалист в области воспитания. – URL: <https://classinform.ru/profstandarty/01.005-spetsialist-v-oblasti-vospitaniia.html> (дата обращения 05.05.2022). – Текст : электронный.

9 Профстандарт: 03.001 Специалист по социальной работе. – URL: <https://classinform.ru/profstandarty/03.001-spetsialist-po-sotcialnoi-rabote.html> (дата обращения 05.05.2022). – Текст : электронный.

10 Профстандарт: 03.008 Психолог в социальной сфере. – URL: <https://classinform.ru/profstandarty/03.008-psiholog-v-sotcialnoi-sfere.html> (дата обращения 05.05.2022). – Текст : электронный.

11 Профстандарт: 03.012 Ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья. – URL: <https://classinform.ru/profstandarty/03.012-assistent-pomoshchnik-po-okazaniuu-tekhnicheskoi-pomoshchi-invalidam-i-litcam-s-ogranichennymi-vozmozhnostiami-zdorovia.html> (дата обращения 05.05.2022). – Текст : электронный.

12 Профстандарт: 05.006 Сопровождающий инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья и несовершеннолетних. – URL: <https://classinform.ru/profstandarty/05.006-soprovozhdaiushchii-invalidov-litc-s-ogranichennymi-vozmozhnostiami-zdorovia-i-nesovershennoletneykh.html> (дата обращения 05.05.2022). – Текст : электронный.

13 **Российская Федерация. Постановления.** Об утверждении примерного перечня социальных услуг по видам социальных услуг : Постановление Правительства Российской Федерации от 24 ноября 2014 N 1236. – URL: СПС КонсультантПлюс (дата обращения 25.11.2022). – Текст : электронный.

14 **Российская Федерация. Распоряжения.** Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2021 N 3711-р. – URL: <http://static.government.ru/media/files/xjgGMUIASodvh3c8R4hAqxEEDgtFdM2g.pdf> (дата обращения 05.10.22). – Текст : электронный.

15 Сопровождаемое проживание – инновационный опыт Санкт-Петербурга и его использование : методические рекомендации / Л.А. Кожушко, О.Н. Владимирова, Н.П. Лемке, М.А. Урманчеева, Н.А. Бондаренко, О.О. Эгель – СПб. : ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, ГАООРДИ, 2020. – 87 с. – URL: [https://center-albreht.ru/upload/MethodCentre/SP\\_%E2%80%94%94\\_innovatsionniy\\_opit\\_SPb\\_i\\_ego\\_ispolzovanie.pdf](https://center-albreht.ru/upload/MethodCentre/SP_%E2%80%94%94_innovatsionniy_opit_SPb_i_ego_ispolzovanie.pdf) (дата обращения 25.11.2022). – Текст : электронный.

16 Сопровождаемое проживание в Российской Федерации : Метод. пособие / О.Н. Владимирова, Л.А. Кожушко, Э.Н. Демина, Н.П. Лемке, Е.М. Старобина, Е.О. Гордиевская, М.А. Урманчеева / под общ. ред. проф. Г.Н. Пономаренко. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. : ООО «ЦИАЦАН», 2020. – 183 с. – Текст : непосредственный.

17 Сопровождаемое проживание : организационные и методические основы : Методическое пособие / О.Н. Владимирова, Л.А. Кожушко, Э.Н. Демина, Н.П. Лемке, Е.М. Старобина, Е.О. Гордиевская / под общ. ред. проф. Г.Н. Пономаренко. – СПб. : ООО «ЦИАЦАН», 2019. – 144 с. – Текст : непосредственный.

18 Тренировочные квартиры. – URL: [http://osdom.org.ru/kak\\_obuchit/osobyh\\_molodyh\\_lyudej/trenirovochnye\\_kvartiry/](http://osdom.org.ru/kak_obuchit/osobyh_molodyh_lyudej/trenirovochnye_kvartiry/) (дата обращения 25.11.2022).

19 Чернова, Г.И. Совершенствование организационно-правовых мер по реабилитации инвалидов в учреждениях социальной защиты населения / Г.И. Чернова, В.И. Радутко, Е.А. Богданов. – Текст : непосредственный // Социальное и пенсионное право. – 2013. – N 4. – С. 9-12.

**Информация об авторах:** Е.О. Гордиевская – канд.пед.наук, [elena.gord@bk.ru](mailto:elena.gord@bk.ru), Е.М. Старобина – д-р пед.наук, [estarobina@yandex.ru](mailto:estarobina@yandex.ru)

**Information about the authors:** Elena O. Gordievskaya – Candidate of Pedagogical Sciences, [elena.gord@bk.ru](mailto:elena.gord@bk.ru), Elena M. Starobina – Doctor of Pedagogical Sciences, [estarobina@yandex.ru](mailto:estarobina@yandex.ru)

## «Современные модели исследований в образовании и реабилитации» как учебный курс в профессиональной подготовке дефектологов

**Н.В. Микляева**

ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет»,  
г. Москва, 119571, Россия

**Аннотация.** В статье обосновывается актуальность изучения современных моделей исследований в области образования и реабилитации для профессиональной подготовки будущих учителей-дефектологов, рассматриваются основные понятия и содержание одноименного курса, раскрывается специфика методов преподавательской работы.

**Ключевые слова:** модели исследований, образование, реабилитация, профессиональная подготовка, магистерская программа, учитель-дефектолог.

## "Modern Models of Research in Education and Rehabilitation" as a Course in the Professional Training of Defectologists

**N.V. Miklyueva**

Moscow State Pedagogical University, Moscow, 119571, Russia

**Abstract.** The article substantiates the relevance of studying modern research models in education and rehabilitation for professional training of future teachers-defectologists, reviews the basic concepts and content of the course with the same name, discovers the specificity of teaching methods.

**Key words:** research models, education, rehabilitation, professional training, master's program, teacher-defectologist.

*Актуальность темы исследования.* Практически во всех науках построение и использование моделей является мощным орудием познания. Активное использование моделей в современных исследованиях обусловлено, прежде всего, высокой сложностью изучаемых явлений: благодаря моделям их можно упростить, не теряя свойств отражаемых ими явлений. Не исключением является использование моделей в области образования и реабилитации. Однако сложность их применения заключается в том, что такие модели, отражая противоречия правового, межведомственного и финансового характера оказания реабилитационных услуг в системе образования и здравоохранения, должны показывать и пути их решения.

Это легче сделать на примере отбора и описания лучших психолого-педагогических практик, чем на уровне разработки систем комплексного сопровождения детей-инвалидов. Тем не менее, современный этап развития моделей требует выхода с феноменологического описания на уровень познания и понимания механизмов и факторов, определяющих эффективность процесса реабилитации в разных институциональных условиях [4].

Вузовская система образования, связанная с подготовкой специалистов в области специальной педагогики и психологии, дефектологического образования и реабилитации, решает эти вопросы через разработку новых программ магистерской подготовки. В частности, в Институте детства ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет» в рамках магистерской программы «Нейродефектология и комплексная реабилитация лиц с нарушениями коммуникации» специально введен курс «Современные модели исследований в области образования и реабилитации».

Цель освоения дисциплины: формирование у обучающихся профессиональных компетенций, связанных с построением, изучением и применением исследовательских моделей, формирование готовности к проведению исследований в области образования и реабилитации лиц с ОВЗ.

Дисциплина направлена на формирование следующих компетенций выпускника (Таблица 1):

Таблица 1 – Компетенции, формируемые в процессе освоения дисциплины

<b>Код компетенции. Код и наименование индикатора достижения компетенций</b>	<b>Знает</b>	<b>Умеет</b>	<b>Владеет</b>
УК-1 УК-1.1. Анализирует проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними	современное состояние системы образования и комплексной реабилитации лиц с ОВЗ и инвалидностью; алгоритм анализа проблемных ситуаций и формулировки проблем исследования	описать взаимосвязь услуг в области реабилитации и образования лиц с ОВЗ, обосновать необходимость комплексного подхода к сопровождению лиц с ОВЗ	опытом анализа проблемных ситуаций как системы, отражающей проблемы развития образования и реабилитации лиц с ОВЗ
УК-1 УК-1.2. Разрабатывает и содержательно аргументирует стратегию решения проблемной ситуации на основе системного подхода	специфику применения системного подхода к образованию и реабилитации лиц с ОВЗ	описать моделирование как триединый процесс построения, изучения и применения моделей анализа и решения проблемной ситуации на основе системного подхода	опытом аргументации стратегии решения проблемной ситуации на основе системного подхода
ОПК-2 ОПК-2.1. Демонстрирует знание методологической базы процессов проектирования основных и адаптированных образовательных программ, о разработке научно-методического обеспечения реализации образовательных программ	классификацию моделей исследования: по назначению, по уровню моделирования, по способу возникновения модели	обосновывать взаимосвязь модели исследования и проектирования основных и адаптированных образовательных программ	опытом научно-методического обеспечения реализации выбранной модели исследования и образовательных программ
ОПК-4 ОПК-4.1. Демонстрирует знание основных принципов и подходов к реализации процесса воспитания; методов и приемов формирования ценностных ориентаций обучающихся, развития нравственных чувств, формирования нравственного облика, нравственной позиции, нравственного поведения	принципы моделирования в исследованиях, особенности построения воспитывающей образовательной среды и ее роль в разработке эффективной модели образования и реабилитации лиц с ОВЗ	охарактеризовать биопсихосоциальную и социокогнитивную модели как современный пример реализации исследовательского подхода в образовании и реабилитации лиц с ОВЗ	опытом оценки эффективных социально-коммуникативных и воспитательных практик в сфере образования и реабилитации

Рассматриваемая дисциплина является дисциплиной психолого-педагогического модуля Блока 1. Дисциплины (модули) обязательной части образовательной программы «Социально-гуманитарный модуль» по направлению 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование (профиль, направленность «Нейродефектология и комплексная реабилитация лиц с нарушениями коммуникации») и изучается в 1 семестре на 1 курсе.

Дисциплина базируется на изучении дисциплин: «Философия научного познания», «Инструментальные методы исследования в дефектологии».

Дисциплина является базой для изучения дисциплин «Методология исследовательской деятельности», «Нейропсихологическая диагностика и коррекция в системе комплексной реабилитации», прохождения Производственной практики, научно-исследовательской практики.

Общая трудоемкость дисциплины составляет 3 ЗЕ, что соответствует 108 ч.

Распределение часов на отдельные виды учебной работы представлено в таблице 2.

В качестве образовательных технологий используются технологии решения разноуровневых задач, организации проектной деятельности и кейс-технологии, составление портфолио обучающегося, балльно-рейтинговая технология.

Преподавание дисциплины осуществляется в условиях недостаточной обеспеченностью учебной и учебно-методической литературой, поэтому этот курс разрабатывался самостоятельно.

Содержание дисциплины включает шесть модулей:

1. Введение в проблематику исследований в области образования и реабилитации.
2. Модель в области образования и реабилитации: теоретический аспект.
3. Классификация исследовательских моделей.
4. Принципы моделирования в исследованиях.
5. Неэкспериментальные модели в области образования и реабилитации лиц с ОВЗ.
6. Экспериментальные модели в области образования и реабилитации лиц с ОВЗ.

Таблица 2 – Общая трудоемкость дисциплины

Наименование видов учебной работы	Количество академических часов
<b>4.1. Объем контактной работы обучающихся с преподавателем</b>	<b>33</b>
в том числе:	
лекции (общее кол-во часов, включая практическую подготовку)	14
практические занятия, семинары и пр. (общее кол-во часов, включая практическую подготовку)	18/2
лабораторные занятия (общее кол-во часов / включая практическую подготовку)	-
курсовое проектирование	-
групповые, индивидуальные консультации и иные виды учебной деятельности, предусматривающие групповую или индивидуальную работу обучающихся с преподавателем	1
<b>4.2. Объем самостоятельной работы обучающихся</b>	<b>39</b>
в том числе часов, выделенных на подготовку к экзамену (зачету)	36
<b>4.3. Итоговый контроль (экзамен)</b>	<b>36</b>

Понять и осознать специфику современных моделей исследований в образовании и реабилитации будущим магистрантом можно, опираясь на *метод исторической реконструкции*. Для этого в начале курса рассматриваются понятия модели и моделирования, а затем, на их базе, обобщается историческая ретроспектива, связанная с этапами их использования.

*Понятие модели.* Термин «модель» произошел от латинского слова *modus, modulus*, что означает мера, образ, способ и т.д. Именно, это самое общее значение слова «модель» послужило основанием для того, чтобы использовать его в качестве научного термина в математических, естественных, технических и социальных науках [2].

Рассматривая модель в качестве объекта научного познания, исследователи пытались выделить основные признаки, которые отличают ее от других подобных методов. Наиболее



точное и функциональное определение модели дает В.А. Штофф в своей книге «Моделирование и философия». Модель, по определению В.А. Штоффа, – это «такая мысленно представляемая или материально реализованная система, которая, отображая или воспроизводя объект исследования, способна замещать его так, что ее изучение дает нам новую информацию об этом объекте» [6, с. 19]. В данном определении автор акцентирует внимание на получении новой информации об изучаемом объекте в процессе моделирования, исходя из чего можно сделать вывод, что именно информативность и функциональность (т.е. возможность использования для получения информации) являются критерием качества построенной модели. *Моделированием* В.А. Штофф называет «построение моделей, их изучение и проверка, в процессе доказательства инстинтности и поисков инстинтного знания» [Там же, с. 227].

После использования метода исторической реконструкции обучающихся вовлекают в использование собственно метода моделирования. Для этого их знакомят с *классификацией моделей*, соединяя теорию и практику [1;3]. Каждый теоретический тезис подкрепляется примерами реабилитационных методов и приемов, методик и технологий, программ [2;4;5].

В литературных источниках встречаются различные классификации моделей по соответствующим им целям. По назначению модели можно разделить на познавательные, прагматические инструментальные, – что соответствует делению моделей на теоретические и практические с точки зрения уровня моделирования (эмпирические, теоретические, смешанные). Например, с точки зрения инструментальных моделей сегодня происходит смена биомедицинской модели в реабилитации на биопсихосоциальную модель, которая включает в качестве структурных составляющих реабилитационный диагноз – соответствующие реабилитационные цель, потенциал и план. В их обсуждении со студентами помогают методы саморефлексии, педагогических наблюдений и дискуссий.

По способу возникновения различают модели, возникшие в результате:

- прямого наблюдения, изучения и осмысливания (феноменологические модели);
- некоторого процесса дедукции, когда новая модель получается как частный случай из некоторой более общей модели (асимптотические модели);
- некоторого процесса индукции, когда новая модель является естественным обобщением «элементарных моделей» (индуктивные модели).

Например, Международная классификация функционирования, соответствующая биопсихосоциальной модели реабилитации, опирается на феноменологическую модель. При этом учитываются и описываются у каждого ребенка с ОВЗ и инвалидностью домены болезни и домены здоровья – в системе образования ей будет соответствовать модель функционального диагноза, которая дает комплексную характеристику индивидуальных особенностей психосоциального развития ребенка, включающая в себя оценку реального вклада и конкретных проявлений церебрально-органических расстройств, психологической структуры психической деятельности и качества сформированности основных социальных навыков (поведенческих, коммуникативных, учебных) (И.А. Коробейников). На этом соотношении делается особый акцент, так как студенты с медицинским и психолого-педагогическим базовым образованием, пришедшие в магистратуру по нейродефектологии, вкладывают в эти понятия совершенно разное содержание. Им, как специалистам системы реабилитации средствами образования и здравоохранения, нужно согласовать свои взгляды и научиться работать в междисциплинарной команде. Для этого активно используется метод коллективных творческих проектов.

Благодаря ему студенты начинают понимать, что современные модели реабилитации обычно носят комплексный характер. Поэтому отбор, адаптация и использование технологий и методов организации взаимодействия участников образовательных отношений в процессе реализации модели тоже подлежат обобщению и может отражаться в ходе моделирования. Например, в исследовании И.Г. Вечкановой выделяются реабилитационные технологии 3-х порядков (уровней): мотивационные, синкретичные и синергетические, совместно-творческие. На примере подобных исследований студенты начинают понимать, чем отличаются модели

программ, технологий или методик реабилитации друг от друга. Для этого используется метод экспертных оценок.

С точки зрения данного метода, В.А. Штофф разделил модели в зависимости от способа построения и средств, с помощью которых производится моделирование изучаемых объектов, на два класса: материальные и идеальные модели [6].

К первому классу – материальные – относятся всевозможные модели, которые хотя и созданы, построены человеком, но существуют объективно, будучи воплощены в материальных предметах. Такие модели делятся на физические и аналоговые. Сюда же следует отнести и так называемые живые модели, которые, правда, не созданы искусственно, а отобраны человеком в силу присущих им определенных свойств, позволяющих в упрощенной форме имитировать изучаемый сложный процесс. Их назначение специфическое – воспроизведение структуры, характера протекания, сущности изучаемого процесса. Например, модель языка, сделанная из каркасной проволоки, является материальной (наглядной) моделью, которую учитель-логопед использует для того, чтобы объяснить обучающемуся специфику расположения и способа действия языка во время произнесения того или иного звука.

Идеальные (абстрактные) модели являются идеальными конструкциями, построенными средствами мышления, сознания. Идеальные модели можно разделить на две группы: образные и знаковые:

– образные модели в системе образования и реабилитации чаще всего демонстрируют схемы и таблицы комплексного сопровождения детей с инвалидностью и ОВЗ, технологии психолого-педагогического воздействия в разных институциональных условиях;

– знаковые модели включают вербальные (текстовые), информационные и математические. Обычно используются для моделирования исследований в области образования и реабилитации.

Такие исследования делятся на фундаментальные и прикладные исследования. Например, модель докторской диссертации О.Г. Приходько – фундаментальная, это видно из ее названия: «Синергетическая модель психолого-педагогической помощи дошкольникам с тяжелыми двигательными нарушениями», – и характеристики самой модели, компонентами которой выступают теоретико-методологическая, организационно-методическая, диагностико-коррекционная, средовая подсистемы, скоординированное и упорядоченное единство которых определяет совокупный потенциал всей модели, превышающий сумму потенциалов каждой из подсистем благодаря созданию единого информационного пространства на основе принципов открытости и доступности для всех субъектов, оптимального сочетания управления междисциплинарным взаимодействием и процесса самоорганизации, вариативности связей между элементами педагогической системы.

Модель кандидатской диссертации Н.Б. Атамановой – прикладная: «Модель формирования орфографической зоркости на основе динамического моделирования звуко-буквенной и слоговой структуры слова». Моделируемое явление является частной теоретической задачей и способом ее решения на практике.

Кроме исследовательских, в области образования и реабилитации выделяют описательные и объяснительные модели:

– объяснительные модели часто показывают механизмы формирования структуры нарушений у детей: например, модель структуры дефекта Л.С. Выготского, благодаря которой специалистам становятся очевидны механизмы формирования нарушения, зон актуального и ближайшего развития ребенка;

– описательные модели чаще всего обобщают условия (психолого-педагогическое, программно-методическое, кадровое, материально-техническое, информационное обеспечение) или лучшие практики коррекционно-развивающей работы. Так, пример описательной модели дан в книге И.И. Мамайчук «Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии»: здесь представлены конкретизированные описания технологий коррекционно-развивающей работы с детьми, имеющими РАС, ЗПР, ДЦП и др. [2].

Кроме методов, которые знакомят студентов магистерской программы с типологией моделей, их внимание привлекают к изучению исследовательских моделей, поэтому активно используются методы классификации и организации собственного исследования (теоретического и эмпирического).

Магистрантам рассказывается, что все исследовательские модели делятся на три типа:

- документальные (предполагают наличие слабоструктурированной информации и ее группировку по этапам – например, модель Н.Н. Малофеева, описывающая этапы становления инклюзивного образования в России и за рубежом);
- библиографические (например, модели формирования анамнеза и катамнеза у лиц с нарушениями функционирования или «модель психического» как некоторая система концептуализации знаний о своем психическом и психическом других людей у детей с ОВЗ);
- полевые (на основе наблюдений и констатации фактов) и экспериментальные (на основе проектирования специальных условий исследования).

В качестве примера последних приводятся исследования взаимосвязи развития движений и коммуникации, коммуникативно-речевого и познавательного развития у детей с ОВЗ. Отдельный акцент делается на том, как ставились цели и задачи исследования, определялись этапы и методы, разрабатывалась гипотеза.

*Результаты и интерпретация.* Благодаря такому построению курса и комплексу методов его реализации магистранты подводятся к обоснованию научно-методологического аппарата собственного исследования, пытаются разработать его модель и сделать прогноз ее теоретической и практической значимости, научной новизны. Для этого с ними дополнительно отрабатываются понятия новшества, новведения, новации и инновации и их применение в модели диссертационного исследования. Поэтому так важно данный курс поставить в начале программы профессиональной подготовки и завершить его проведением научно-исследовательской практики.

*Заключение и выводы.* Знакомство студентов с современными моделями исследований в образовании и реабилитации развивает у них способность к обобщению и аналогизированию, комбинированию уже существующих моделей, выбору тактик и стратегий собственной опытно-экспериментальной работы, формирует у них готовность к разработке собственных исследовательских моделей. Это делает одноименный курс одним из стержневых в программе подготовки будущих специалистов-дефектологов и системообразующих факторов в прогнозе и оценке их карьерного роста в системе образования и реабилитации.

#### **Библиографический список**

1. Королев, М.Ю. Моделирование как метод научного познания : монография / М.Ю. Королев. – Москва : Карпов, 2010 . – 116 с. – Текст : непосредственный.
2. Мамайчук, И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2006. – 400 с. – URL: <https://dogmon.org/i-i-mamajchuk-psiokorrekcionnie-tehnologii-dlya-detej-s-probl.html> (дата обращения 24.11.2022). – Текст : электрон.
3. Моделирование процессов и систем : учебник и практикум для вузов / Е.В. Стельмашонок, В.Л. Стельмашонок, А.А. Еникеева, С.А. Соколовская ; под ред. Е.В. Стельмашонок. – Москва : Юрайт, 2021. – 289 с. – URL: <https://urait.ru/bcode/489931> (дата обращения 24.11.2022). – Текст : электронный.
4. Организация исследования в коррекционной педагогике и специальной психологии : методические рекомендации. – Ярославль, 2012. – 58 с. – URL: <https://e.lanbook.com/book/154036> (дата обращения 30.10.2022). – Текст : электронный.
5. Сергиенко, Е.А. Модель психического : Структура и динамика / Е.А. Сергиенко, А.Ю. Уланова, Е.И. Лебедева. – М. : Изд-во «Институт психологии РАН», 2020. – 503 с. – URL: [https://ipran.ru/wp-content/uploads/2021/02/2020\\_%D0%9C%D0%BE%D0%B4%D0%B5%D0%B<...>BE.pdf](https://ipran.ru/wp-content/uploads/2021/02/2020_%D0%9C%D0%BE%D0%B4%D0%B5%D0%B<...>BE.pdf) (дата обращения 24.11.2022). – Текст : электронный.

б. Штофф, В.А. Моделирование и философия / В.А. Штофф. – Москва-Ленинград : Наука, 1966. – 302 с. – URL: <https://viewer.rsl.ru/ru/rsl01005030512?page=19&rotate=0&theme=white> (дата обращения 24.11.2022). – Текст : электронный.

**Информация об авторах:** Н.В. Микляева – канд. пед. наук, доцент, [461119@mail.ru](mailto:461119@mail.ru)

**Information about the authors:** N.V. Miklyaeva – Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor, [461119@mail.ru](mailto:461119@mail.ru)

### **Социально-психологический тренинг подготовки к получению ограниченной дееспособности для лиц, проживающих в психоневрологических интернатах**

**М.Е. Сиснёва**

Региональная благотворительная общественная организация «Центр  
лечебной педагогики», Москва, 119311, Россия

**Аннотация:** В данной статье обобщены практические наработки, полученные в процессе проведения в период с 2015 г. по 2022 г. социально-психологического тренинга для граждан, проживающих в психоневрологических интернатах, и предлагаются прикладные инструменты формирования тренинговых групп, оценки готовности претендентов к участию в тренинге, создания программы тренинга и его эффективной реализации.

Данное исследование направлено на решение задачи подготовки граждан, проживающих в психоневрологических интернатах, к получению правового статуса ограниченной дееспособности и их дальнейшей социальной адаптации средствами социально-психологического тренинга.

Эта задача является особенно важной в свете происходящей в Российской Федерации реформы системы психоневрологических интернатов.

**Ключевые слова:** психоневрологические интернаты, социально-психологический тренинг, психосоциальная реабилитация, ограниченная дееспособность, инвалидность вследствие психического расстройства.

### **Socio-psychological Training Aimed at Obtaining Limited Legal Capacity for People Living in Psychoneurological Residential Institutions**

**Maria E. Sisneva**

Center of Curative Pedagogics, Moscow, 119311, Russia

**Abstract.** This article summarizes the practical experience obtained in the process of conducting socio-psychological training for citizens living in psychoneurological residential institutions from 2015 to 2022 and offers some applicative instruments for formation of training groups, assessing the readiness of potential participants to take part in the training, creating training program and its effective implementation.

This study is aimed at solving the problem of preparing citizens living in psychoneurological residential institutions to obtain the legal status of limited capacity and their further social adaptation by means of socio-psychological training.

This task is especially important in the light of the ongoing reform of psychoneurological residential institutions in the Russian Federation.

**Key words:** psychoneurological residential institutions, socio-psychological training, psychosocial rehabilitation, limited legal capacity, disability due to mental disorder.

*Введение.* В марте 2015 г. в законодательство Российской Федерации введен институт ограниченной дееспособности для граждан с психическими расстройствами. Что, в свою очередь, явилось значительным шагом по расширению прав и возможностей лиц с психическими

расстройствами, которые ранее были признаны недееспособными, несмотря на то, что для защиты их прав и интересов достаточным было бы ограничения их дееспособности. При этом, стоит отметить, что указанное событие не привело к «автоматическому» пересмотру ранее принятых судебных решений по данному вопросу.

Согласно данным, представленным в марте 2019 г. на заседании Совета по делам попечительства в социальной сфере при Правительстве Российской Федерации, в стационарных организациях социального обслуживания психоневрологического профиля (далее – ПНИ) проживает около 156 тыс. человек, получивших инвалидность вследствие психических заболеваний, большинство из которых официально признаны недееспособными, и их количество постоянно увеличивается [9]. Многие из них находятся в длительной ремиссии, и соответственно могли бы претендовать на пересмотр своего статуса недееспособный на ограниченно дееспособный. Однако, указанные лица страдают от последствий институционализации: утрачивают многие знания и навыки самостоятельной жизни, не имеют доступа к новой информации и социальным ресурсам [4], что негативно влияет на уровень их подготовки к судебному процессу и судебно-психиатрической экспертизе (далее – СПЭ) о пересмотре статуса недееспособный.

Автор исследования предлагает решать задачи подготовки лиц с психическими расстройствами и инвалидностью, имеющих статус недееспособный, к судебному процессу и СПЭ средствами социально-психологического тренинга (далее – СПТ). Достижение целей расширения прав и возможностей указанной категории лиц, в их социальной адаптации является особенно важным в условиях реформы системы ПНИ, продолжающейся в России с 2016 г.

Основатель тренинговой формы психологической работы К. Левин считал, что большинство изменений в установках и поведении людей происходит именно в группе и, чтобы выработать новые эффективные формы поведения, человек должен преодолеть свою эгоцентричность и научиться видеть себя так, как его видят другие [6]. Анализируя эффективность СПТ, В.П. Мамина указывает, что данный метод группового психологического воздействия позволяет в сжатые сроки углубить знания, выработать или развить нужные социально-психологические установки [7]. В свою очередь, Е.Ю. Пожидаева и А.С. Колеватова подчеркивают, что СПТ всегда предполагает активное соучастие, а не пассивную рецепцию, что делает его одной из самых эффективных форм обучения [8].

Эффективность СПТ сделала его востребованным в психосоциальной реабилитации, что подтверждается наличием на сайтах многих ПНИ информации о тренингах, реализуемых психологами этих организаций для проживающих в них граждан.

Вместе с тем, в научной литературе крайне редко представлены соответствующие методологические работы, а в базе данных рецензируемых научных работ Scopus доступны только единичные публикации. Среди методологических разработок СПТ, предназначенных для лиц, проживающих в ПНИ, следует упомянуть тренинг развития самооэффективности и конструктивной активности Е.В. Таккуевой [11] и тренинг, ориентированный на самопознание и развитие эмоциональной саморегуляции и контроля поведения, проводимый волонтерами отряда «Я в социуме» кафедры социальной работы и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России [13]. Интересная тренинговая программа «Шахматы для общего развития», основанная на рефлексивно-деятельностном подходе, которая реализуется в ПНИ г. Москвы студентами и выпускниками МГППУ под руководством В.К. Зарецкого [3].

*Цель:* обобщить практические наработки СПТ подготовки лиц, проживающих в ПНИ, к получению статуса ограниченно дееспособный.

*Материалы и методы.* СПТ «Подготовка к получению ограниченной дееспособности» входит в комплексную программу психосоциальной реабилитации, разработанную автором данной статьи [10]. Теоретические основы этой программы были сформированы путем интеграции ресурсов и достижений российской культурно-исторической психологии, когнитивно-бихевиоральной терапии и системного реабилитационного подхода американского

социального психолога М. Спивака, работавшего в крупнейших центрах психосоциальной реабилитации Израиля и Италии [14].

В данной статье обобщены практические наработки, полученные в процессе проведения в период с 2015 г. по 2022 г. СПТ (далее – тренинг), и предлагаются прикладные инструменты формирования тренинговых групп, оценки готовности претендентов к участию в тренинге, создания программы тренинга и его эффективной реализации. На различных волонтерских площадках, организованных РБОО «Центр лечебной педагогики» и другими НКО, в период с 2015 г. по настоящее время в данном тренинге приняли участие почти 200 граждан, проживающих в ПНИ г. Москвы, Нижегородской и Оренбургской областей. Главным результатом работы является то, что около 100 граждан, проживающих в ПНИ, получили статус ограниченно дееспособный. За эти 7 лет программа и структура тренинга претерпела несколько модификаций, и представленный вариант, по мнению автора, является оптимальным для развития психологических и социальных компетенций граждан, проживающих в ПНИ, направленных на получение ими статуса ограниченно дееспособный.

Для отбора претендентов на участие в тренинге используется опросник «Оценка способности к повседневному функционированию», разработанный юристом Д.Г. Бартеневым совместно с психологами из г. Санкт-Петербург с целью оценки достаточности социальных и психологических компетенций у них для выполнения юридически значимых действий [1]. Опрос проводится в форме полуструктурированного интервью и предполагает оценку 36 компетенций: в повседневной жизни, в сфере медицинских услуг, в семейных, трудовых и общественных отношениях, а также при выполнении финансовых и юридических действий. Данный опросник предполагает качественную оценку сформированности имеющихся компетенций на четырех уровнях: «независим», «нуждается в контроле», «нуждается в помощи/поддержке» и «нуждается в полном обслуживании».

*Организация тренинга.* Формирование группы тренинга начинается с индивидуального полуструктурированного интервью претендентов на участие в нем, которые обычно рекомендуются администрацией, сотрудниками и волонтерами ПНИ, наблюдающими их в течение долгого времени и способными предварительно оценить уровень их когнитивного и социального функционирования.

Приглашение на участие в тренинге получают недееспособные граждане, проживающие в ПНИ, которые соответствуют следующим критериям отбора:

- 1) социальные и психологические компетенции оценены на уровне «независим», «нуждается в контроле» и «нуждается в поддержке/помощи»;
- 2) длительность психопатологической ремиссии не менее 2 лет.

Второй критерий был введен на основании анализа заключений СПЭ, которые базируются прежде всего на оценке психопатологических симптомов. Кроме того, лица, не имеющие длительного срока ремиссии, обычно негативно оцениваются экспертами, что, в свою очередь, не только не способствует получению ими статуса ограниченно дееспособный, но и делает его получение на данном этапе маловероятным. При этом юристы НКО, помогающие лицам с психическими расстройствами, указывают, что оценка объема дееспособности гражданина не может основываться исключительно на медицинских данных, и при решении вопроса о пересмотре его правового статуса необходимо учитывать оценку его социального функционирования и уровня необходимой ему помощи [2].

Практика отбора претендентов на участие в тренинге показала, что в нем могут принимать участия лица с психическими расстройствами из разных клинико-статистических групп, но важно учитывать их жизненный опыт, так граждане, переехавшие в ПНИ из детских домов-интернатов, и граждане, ранее воспитывавшиеся в семье и попавшие в ПНИ из психиатрических больниц, имеют разные пробелы в знаниях и разные дефициты компетенций. Для оптимизации тренингового процесса и группового взаимодействия целесообразно объединять в группу граждан с аналогичным жизненным опытом. При этом количество участников тренинга не должно превышать 8 человек, так как лица, имеющие

длительный катамнез психического заболевания, требуют интенсивного внимания и взаимодействия с ведущими.

Длительность тренинга составляет 12 занятий с частотой проведения 1 раз в неделю с обязательным выполнением домашних занятий. Продолжительность занятия 1,5 часа с коротким перерывом. Предпочтительнее очное проведение занятий. При этом, необходимо отметить, что занятия, проводимые для граждан, проживающих в ПНИ Нижегородской и Оренбургской областей, в онлайн-формате оказались достаточно эффективными.

Первый блок тренинга. Первое занятие тренинга «Знакомство» включает не только традиционное представление тренеров и участников, введение правил и определение целей тренинга, но и прояснение индивидуальных проблем и запросов участников группы. В деликатной форме ведущие тренинга выясняют следующее: какие опасения имеются у участников в отношении вопроса получения ими статуса ограниченно дееспособный, прохождения судебного процесса по разрешению данного вопроса и СПЭ; какие потенциальные проблемы и препятствия они видят на этом пути. В соответствие с этой информацией каждый участник тренинга формирует индивидуальные задачи по преодолению своих опасений. Например, если участник опасается, что на результат может повлиять его излишняя эмоциональность и/или нервозность, то его индивидуальная задача – развитие стрессоустойчивости и эмоциональной саморегуляции. Затем, проанализировав индивидуальные задачи участников тренинга, ведущие могут модифицировать программу тренинга, уделив больше внимания той или иной теме.

Вторая встреча посвящена психообразованию, то есть предоставлению участникам тренинга информации об их психических заболеваниях и о получении психиатрической помощи при наличии того или иного заболевания. Данное информирование не только повышает уровень знаний участников тренинга о своем заболевании, но и оказывает влияние на их установки и поведение в отношении собственного здоровья. Этот блок знаний является очень важным для успешного прохождения СПЭ, так как критерии критического отношения к своему заболеванию и благополучного прогноза применяются экспертами при вынесении экспертных заключений [12].

Второй блок включает в себя несколько занятий, главная цель которых – формирование компетенций, имеющих значение при оценке способности выполнять юридические действия в различных сферах жизни. К ним относятся: социально-бытовые представления; совершение простых бытовых сделок; поиск информации и использование современных средств связи; процедуры обращения в государственные и иные органы и понимание сути полученных ответов; оформление документов; ориентация в вопросах получения медицинских услуг; получение банковского обслуживания; различные аспекты трудовых отношений; поведение в семье и обществе с учетом действующих группоцентрических правил и норм.

Граждане, проживающие в ПНИ, долгое время находятся в институциональной среде, не имея полноценного доступа к новой информации, современным технологиям, и из-за наличия у них статуса недееспособный не могут самостоятельно осуществлять свои права и обязанности. Соответственно, решение задач формирования соответствующих у них компетенций в процессе тренинга требуют нетривиального творческого подхода, поскольку необходимые умения и навыки не могут быть отработаны в реальности в силу вышеупомянутых ограничений.

Для решения вышеуказанной проблемы в тренинге применяют метод моделирования ситуаций, связанных с использованием развиваемых компетенций. Например, первая часть практического занятия может быть посвящена изучению каталогов с ценами на товары массового потребления и формированию месячного бюджета, а вторая часть – походу в ближайший магазин совместно с социальным работником ПНИ для знакомства с его ассортиментом и различными типами ценников; для формирования корзины покупок и осуществления покупки продуктов (простой бытовой сделки); для получения навыка оплаты покупок с помощью современных платежных средств (банковской картой, раурал, оплатой через банковское приложение и др.). Моделируются и ситуации, связанные с рисками для прав

и интересов гражданина. Например, оценивается насколько выгодно предложение от интернет-магазина, где покупатель может получить подарок после розыгрыша призов, участие в котором подразумевает предварительное приобретение товаров на значительную сумму денежных средств. Или моделируются ситуации звонка от мошенников, которые пытаются завладеть персональными данными гражданина и получить доступ к его банковской карте.

Следующий блок тренинга посвящен знакомству участников с обстановкой судебного заседания и проведения СПЭ. Для этого используется метод учебно-ролевой игры, в ходе которой участники тренинговой группы с помощью когнитивных репетиций учатся мысленному воспроизведению всей последовательности шагов, необходимых для успешного выполнения конкретной задачи (например, для дачи ответов на вопросы экспертов). При этом, стоит отметить, что проведение данные занятия проходят более эффективно, если на них присутствуют соответствующие специалисты (юрист, врач-психиатр), которые помогают воспроизвести изучаемую ситуацию в более достоверном виде. Кроме того, они могут ответить на дополнительные вопросы участников тренинга.

Еще один блок тренинга посвящен занятиям, направленным на формирование навыков асертивного общения, эмоциональной саморегуляции и стрессоустойчивости. Ведущие предлагают участникам тренинга разнообразные упражнения, позволяющие воспроизвести знакомые им или ожидаемые ими стрессовые и конфликтные ситуации. На данных занятиях отрабатываются различные стратегии поведения и способы выхода из стрессовых ситуаций. Наиболее эффективно для развития указанных навыков использовать живой материал из актуальных жизненных обстоятельств участников группы. На данном этапе используется метод получения обратной связи.

На завершающей встрече участники группы имеют возможность соотнести те задачи, которые были сформулированы ими на первом занятии тренинга, с полученными результатами по его окончанию. Традиционной частью завершающего занятия является чтение подготовленных участниками эссе «Для чего мне нужна ограниченная дееспособность? Какие планы на будущее?», а также добрые пожелания друг другу.

Основные принципы ведения подобного тренинга (адресовано ведущим тренингов):

1. Постановка заведомо выполняемых задач. В процессе тренинга крайне нежелательно возникновение ситуаций неуспеха, поскольку граждане, проживающие в ПНИ, имеют длительный психотравмирующий опыт жизненных неудач, сформировавший их заниженную самооценку, выученную беспомощность, стратегию избегания трудностей и другие психологические феномены, возникающие под влиянием институциональной среды. Оптимальной тренинговой стратегией является движение в зоне ближайшего развития участников тренинга, то есть в пространстве тех задач, которые они могут решить совместно с ведущими.

2. Задачи тренинга должны быть максимально практикоориентированными, а ведущие – активно включенными в совместную с участниками тренинга деятельность.

3. Ведущие должны демонстрировать терпимость и лояльность к странному, необычному или даже досаждающему поведению участников тренинга. Исключение существует только для опасных форм поведения.

4. Реакции ведущих должны помогать формировать у участников тренинга адекватные и реалистичные представления о реакциях других людей в различных коммуникативных ситуациях. При этом важно избегать эмоциональные реакции, которые могут соответствовать негативным ожиданиям лиц, страдающих психическими расстройствами (осуждение, отвержение, пренебрежение и т.п.).

Использование вышеперечисленных принципов тренинговой работы позволит создать благоприятную психологическую атмосферу в группе СПТ; мотивировать его участников к активной включенности в групповую работу; сформировать оптимальные условия для преодоления дисфункциональных паттернов поведения и дезадаптивных копинг-стратегий.

*Выводы.* В свете продолжающейся в Российской Федерации реформы системы ПНИ, начало которой положено в 2016 г., перед профессиональными сообществами и обществом



в целом стоят важные цели, направленные на расширение расширению прав и возможностей лиц с инвалидностью, а также на их интеграции в общество. Одним из путей достижения этих целей является изменение их правового статуса с недееспособный на ограниченно дееспособный.

Задачи развития психологических и социальных компетенций, необходимых для получения статуса ограниченно дееспособный, возможно решить с помощью средств и инструментов СПТ таких, как: тщательный подход к формированию тренинговой группы; оценка уровня имеющихся компетенций; выстраивание программы тренинга в зависимости от конкретно поставленных задач, направленных на решение проблем участников тренинга; моделирование реальных ситуаций; получение обратной связи от других участников тренинговой группы; использование групповых упражнений и учебно-ролевой игры; практическая отработка навыков.

Дальнейшее развитие данного исследования может быть направлено на выявление тех факторов, которые влияют на итоговый результат: успешное формирование или недостаточность компетенций лиц, страдающих психическими расстройствами, для получения ими статуса ограниченно дееспособный, в процессе СПТ.

**Благодарности:** Автор статьи выражает благодарность А.Л. Битовой, Председателю правления РБОО «Центр лечебной педагогики» (г. Москва), М.Н. Метрикиной, руководителю программы «Ступени» (г. Нижний Новгород) и Н.А. Калиман, Директору АНО «Диаконический Центр «Прикосновение» (г. Оренбург) за помощь в организации социально-психологических тренингов для лиц, проживающих в психоневрологических интернатах.

#### Библиографический список

1. Бартенев, Д.Г. Помощь в реализации дееспособности людей с ментальной инвалидностью в свете новой редакции Гражданского кодекса РФ / Д.Г. Бартенев. – Текст : непосредственный. // Независимый психиатрический журнал. – 2014. – Том IV. – С. 50-57.
2. Заблоцкис, Е.Ю. Ограничение дееспособности вследствие психического расстройства. Недееспособность. Опекун и попечитель: как осуществлять права и исполнять обязанности / Е.Ю. Заблоцкис. – М. : Теревинф, 2021. – 249 с. – Текст : непосредственный.
3. Зарецкий, В.К. О конференции ФИДЕ «Шахматы в образовании» / В.К. Зарецкий, О.В. Глухова. – Текст : непосредственный. // Консультативная психология и психотерапия. – 2022. – Том 30., N 2. – С. 163-166.
4. Клепикова, А.А. Взрослость инвалидов, проживающих в психоневрологическом интернате / А.А. Клепикова, И.В. Утехин. – Текст : электронный // Антропологический форум. – 2012. – N 17. – С. 3-67. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vzroslost-invalidov-prozhivayuschih-v-psihonevrologicheskom-internate> (дата обращения: 01.11.2022).
5. Клепикова, А.А. Наверно я дурак. Антропологический роман. / А.А. Клепикова. – СПб : Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2018. – 432 с. – Текст : непосредственный.
6. Левин, К. Динамическая психология : Избранные труды / К. Левин ; Под общ. ред. Д.А. Леонтьева и Е.Ю. Патяевой. – М. : Смысл, 2001. – 253 с. – Текст : непосредственный.
7. Мамина, В.П. Социально-психологический тренинг как способ мотивации сотрудников / В.П. Мамина. – Текст : электронный // E-Scio. – 2021. – N 3(54). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-psihologicheskii-trening-kak-sposob-motivatsii-sotrudnikov> (дата обращения: 01.11.2022).
8. Пожидаева, Е.Ю. Социально-психологический тренинг как метод воздействия на личностные и поведенческие характеристики людей / Е.Ю. Пожидаева, А.С. Колеватова. – Текст : непосредственный. // Современное психологическое образование. – 2022. – N 7. – С. 54-59.
9. Протокол заседания Совета при Правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере от 29.03.2019. – URL: <https://www.popechitely.ru/about/vypiska/> (дата обращения: 01.11.2022). – Текст : электронный.

10. Сиснева, М.Е. Интеграция ресурсов системного подхода М. Спивака, когнитивно-бихевиоральной терапии и культурно-исторической психологии в решении задач реформирования психоневрологических интернатов в России / М.Е. Сиснева. – Текст : непосредственный. // Консультативная психология и психотерапия. – 2021. – Том. 29, N 3. – С. 140-158.

11. Таккуева, Е.В. Возможности восстановления конструктивной активности и самооффективности средствами мотивационного тренинга у больных шизофренией в условиях ПНИ / Е.В. Таккуева, М.Е. Сиснева, А.Б. Холмогорова. – Текст : непосредственный. // Современная терапия психических расстройств. – 2019. – N 4. – С. 38-46.

12. Ткаченко, А.А. Судебно-психиатрическая экспертиза. / А.А. Ткаченко, Д.Н. Корзун. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 728 с. – Текст : непосредственный.

13. Черней, С.В. Групповые формы социальной работы в психоневрологическом интернате / С.В. Черней, Д.С. Алюшина // Коллекция гуманитарных исследований. Электронный научный журнал. – 2018. – N5(14). – С. 46-49. – URL: [https://fulltext.kurskmed.com/fulltext/Publications\\_KGMU/2018/grupповые.pdf](https://fulltext.kurskmed.com/fulltext/Publications_KGMU/2018/grupповые.pdf) (дата обращения: 01.11.2022). – Текст : электронный.

14. Spivak M. Introduzione alla riabilitazione sociale, teoria, tecnologia e modelli d'intervento // Riv. Sperim. Freniatria. – 1987. – Vol. CXI. – pp. 522-574.

**Информация об авторах:** М.Е. Сиснёва, [msisneva@yandex.ru](mailto:msisneva@yandex.ru)

**Information about the authors:** Maria E. Sisneva, [msisneva@yandex.ru](mailto:msisneva@yandex.ru)

*Научное издание*

**Состояние и перспективы системы комплексной  
реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов  
в Российской Федерации – 2022**

*Сборник материалов и докладов IV Всероссийской конференции  
с международным участием*

Подписано в печать 01.2023 г.

Объем п.л. Тираж 500 экз.

Отпечатано с предоставленных оригинал-макетов  
в типографии «Канцлер»

150008, г. Ярославль, ул. Полушкина роща, д. 16, стр. 66а.

Тел.: 8-4852-58-76-33, 8-4852-58-76-39

E-mail: kancler2007@yandex.ru