МИНИСТЕРСТВО ТРУДА
И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ДОСТУПНАЯ СРЕДА ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПРОГРАММА

МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

PROCEEDINGS OF THE CONFERENCE WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION

ИНВАЛИДНОСТЬ И РЕАБИЛИТАЦИЯ
DISABILITY AND REHABILITATION

г. Санкт-Петербург, 24-25 ноября 2016 г.
St. Petersburg, 24-25 November 2016

Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации

Инвалидность и реабилитация

материалы научно-практической конференции
с международным участием
в рамках мероприятий государственной программы
«Доступная среда»

Санкт-Петербург, 24-25 ноября 2016 г.

Санкт-Петербург

2016

Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

Disability and Rehabilitation

Proceedings of the Conference
with International Participation
within activities of the State Program of the Russian Federation
"Accessible Environment"

St.Petersburg, 24-25 November 2016

St.Petersburg

2016

УДК 364

ББК 67.305

Инвалидность и реабилитация: материалы научно-практической конференции с международным участием в рамках мероприятий государственной программы «Доступная среда», Санкт-Петербург, 24-25 ноября 2016 года / Минтруд России; [под ред. д-ра мед. наук В.П. Шестакова, канд. мед. наук канд. Н.Н. Лебедевой, канд. биол. наук. А.В. Шошмина, канд. экон. наук Я.К. Бесстрашновой]. – Москва: «_____», 2016. - 370 с.

В сборнике материалов научно-практической конференции с международным участием «Инвалидность и реабилитация» представлены статьи и тезисы, обобщающие результаты научно-практических исследований в области реализации Конвенции о правах инвалидов, современной модели инвалидности, проблем реабилитации инвалидов, экономики и эффективности реабилитации, оценки эффективности реабилитации, применения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, межведомственного взаимодействия при освидетельствовании и реабилитации инвалидов.

Конференция проведена в рамках реализации перечня основных мероприятий государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 годы.

Представленные в сборнике материалы адресованы специалистам учреждений медико-социальной экспертизы, реабилитации, образования, социальной защиты населения и службы занятости.

Редакционная коллегия:

Шестаков В.П. - доктор медицинских наук, директор института проблем медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

Лебедева Н.Н. - кандидат медицинских наук, заместитель директора по научной работе института проблем медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

Шошмин А.В. – кандидат биологических наук, руководитель отдела проблем отдела информационных технологий по проблемам инвалидности ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

Бесстрашнова Янина Константиновна – кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник отдела информационных технологий по проблемам инвалидности ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

ISBN

© Минтруд России

© ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

Disability and Rehabilitation: proceedings of the conference with international participation within activities of the State Program of the Russian Federation “Accessible Environment”, St.Petersburg, 24-25 November 2016 / Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation [Eds by Dr. V.P. Shestakov., Dr. N.N. Lebedeva, Dr. A.V. Shoshmin, Dr. Y.K. Besstrashnova Y.K.]. – Moscow: “_____”, 2016. - 370 p.

Proceedings of the conference “Disability and Rehabilitation” contain articles and abstracts summarizing findings in the fields of implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, rehabilitation of persons with disabilities, economics and efficiency of rehabilitation, evaluation of rehabilitation outcomes, implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health, interagency cooperation while disability assessment and rehabilitation of persons with disabilities.

The conference was held according to the main activities list of the State Program of the Russian Federation “Accessible Environment” for 2011-2020.

The proceedings aim at professionals at institutions of medical-social expertise, rehabilitation, education, social protection, and employment service.

Оглавление

Влияние Конвенции ООН о правах инвалидов на реабилитацию. Модель инвалидности – основные подходы. 25

Шестаков В.П., Свинцов А.А., Чернякина Т.С., Радуто В.И., Геращенко Л.И., Рочева Я.С.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПОЛОЖЕНИЙ КОНВЕНЦИИ ООН О ПРАВАХ ИНВАЛИДОВ В ОБЛАСТИ АБИЛИТАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 25

Реутова Е.А.

К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ КОНВЕНЦИИ ООН «О ПРАВАХ ИНВАЛИДОВ» НА РЕАБИЛИТАЦИЮ И АБИЛИТАЦИЮ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В СФЕРЕ ОБРАЗОВАНИЯ 31

Ричард Фиттон, Сайед Гулям Сарвар Шах ,Амир Ханнан

ПРАВА ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ НА ДОСТУП И РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЭЛЕКТРОННОЙ ИНФОРМАЦИИ ОБ ИХ ЗДОРОВЬЕ (ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ, ЕВРОПЕЙСКИЙ СОЮЗ). ЗАЩИТА ДАННЫХ И КОДИРОВАНИЕ КАК СРЕДСТВО ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ВЫБОРКИ ПО ПАЦИЕНТАМ И МАРКИРОВКИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНЫХ ДАННЫХ, ЗАПРЕЩЕННЫХ К РАЗГЛАШЕНИЮ 35

Пашкова С.Е.

ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ВОПРОСОВ ТРУДОУСТРОЙСТВА ИНВАЛИДОВ 46

Архипова О.А.

НЕРАВЕНСТВО ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПРИ РАВЕНСТВЕ ПРАВ 51

Сатиш Мишра

ГЛОБАЛЬНЫЙ ПЛАН ДЕЙСТВИЙ В ОТНОШЕНИИ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ, 2014-2021 ГГ.: УЛУЧШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ВСЕХ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ 57

Торнес Хильде
МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРОГРАММА РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 61
Смычек В.Б.
О СОСТОЯНИИ ИНВАЛИДНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ 64
Чапко И.Я.,. Казакевич Д.С
ОЦЕНКА СТЕПЕНИ УТРАТЫ ОБЩЕЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ В ПРАКТИКЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ 69
Драч Д.А., Трекин С.В., Кудряшов А.Л., Гречкина Е.А., Потапенко М.В.
ОПЫТ ФЕДЕРАЛЬНОГО КАЗЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «ГЛАВНОЕ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ» МИНИСТЕРСТВА ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ОТДЕЛА РЕАБИЛИТАЦИОННО-ЭКСПЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКИ С УЧЕТОМ ТРЕБОВАНИЙ ДОСТУПНОЙ СРЕДЫ 74
Черкасов С.Н., Мешков Д.О., Шошмин А.В., Безмельницына Л.Ю., Бесстрашнова Я.К., Берсенева Е.А.
ВНЕДРЕНИЕ В ПРАКТИКУ РЕЗУЛЬТАТОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИЧАЮЩЕГО ЦЕНТРА ВОЗ ПО СЕМЕЙСТВУ МЕЖДУНАРОДНЫХ КЛАССИФИКАЦИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 77

Экспертно-реабилитационная диагностика инвалидов, факторы окружающей среды, отношенческие и средовые барьеры.

Принципы формирования и содержание комплексной программы (плана) реабилитации (абилитации), оценка нуждаемости в реабилитационных услугах и вспомогательных изделиях и технологиях.

Оценка эффективности реабилитации, применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Снитко Н.Л., Юревич Л.В., Гриценко Е.Н., Карицкая Ю.О.

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТНОГО ОБОРУДОВАНИЯ ДЛЯ КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКИ 81
Сафронова Е.В., Антонова И.Г., Нагаева С.В.
ПРИМЕНЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ ФКУ «ГБ МСЭ ПО РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН» МИНТРУДА РОССИИ 84
Горяйнов И.В., Владимирова О.Н, Ленивкова С.А.
АНАЛИЗ ПОТРЕБНОСТИ В СОСТАВЛЕНИИ ПРОГРАММ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЗА 2015-2016Г.Г. 90
Кривенков С.Г.,.Фидарова З.Д
МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ОПЫТ КОМПЬЮТЕРНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ПРИ ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ 94
Декуман Саския, Франсуа Перл
ПОМОЩЬ В РЕАБИЛИТАЦИИ И ВОЗВРАТУ К РАБОТЕ ПУТЕМ СТИМУЛИРОВАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ И ОБУЧЕНИЯ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН 97
Смычек В.Б.
РЕАБИЛИТАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ 106
Кускова С.П.
К ВОПРОСУ ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ 110
Львова Н.Л., Власова-Розанская Е.В., Кускова С.П., Басалай И.А.
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНОВ И СИСТЕМ У ПАЦИЕНТОВ С ОСНОВНОЙ НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ С ПОЗИЦИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ

ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ..... 116
Смычек В.Б., Разуванов А.И., Чумакова Т.В.
РОЛЬ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ В ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ СУСТАВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ... 122
Шошмин А.В., Бесстрашнова Я.К., Владимирова О.Н., Ломоносова О.В.
ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В СУБЪЕКТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ПЕРВИЧНАЯ ОЦЕНКА И РАЗРАБОТКА ПРОГРАММЫ РАЗВИТИЯ..... 128
Осипов Ю.В.
МЕДИЦИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОСЛЕДСТВИЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ОСТЕОАРТРОЗОВ С ПОЗИЦИИ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ 130
Дросу Артемис, Пападопулу Марианна, Яннис Михопулос, Венос Мавреас, Антонис Ромпос, Костас Фрэнсис, Андреас Каристинос, Джордж Филиппу, Вайа Арсенопулу, София Кукувину, Триантафиллу Статис
РЕЗУЛЬТАТЫ И ПОТРЕБНОСТИ, ПОЛУЧЕННЫЕ/ОБНАРУЖЕННЫЕ В ХОДЕ РЕАЛИЗАЦИИ МКФ В РАЗЛИЧНЫХ СРЕДАХ ГРУППОЙ УЧЕНЫХ ИЗ ГРЕЦИИ (ОТЧЕТ О НУЖДАХ СПЕЦИАЛЬНЫХ ШКОЛ)..... 136
Разумовский М.И., Разумовская А.М.
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЦВЕТОРАЗЛИЧИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПРИ РАЦИОНАЛЬНОМ ТРУДОВОМ УСТРОЙСТВЕ. 145
Чапко И.Я., Филиппович А.Н., Стахейко Н.В., Перкова В.Е.
ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ 156

Лагун В.Е.
ОСОБЕННОСТИ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЯМ С СИНДРОМОМ ДАУНА В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ 161
Смычек В.Б., Васильченко Н.И.
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ 163
Шамшева Е.В., Снитко Н.Л., Ярков А.А.
СОВРЕМЕННАЯ МОДЕЛЬ ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ СОМАТИЧЕСКОГО И НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ..... 168
Ломоносова О.В., Попова Н.В., Самсоненко О.О.
ОСОБЕННОСТИ РАЗРАБОТКИ И РЕАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСБНОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ..... 173
Смычек В.Б., Львова Н.Л.
РЕАЛИЗАЦИЯ КОНЦЕПЦИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 177
Белянин О.Л., Гордиевская Е.О.
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ (МКФ) 184
Гальянов А.А., Ишутина И.С.
ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ

ФАСИЛИТАТОРОВ В ГРУППЕ ИНВАЛИДОВ С ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТОЗОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 190
Р. Фиттон, Э. Дэвис
ОНЛАЙН КОРРЕКЦИЯ И ПЕРЕГОВОРЫ МАТЕРИ ПАЦИЕНТКИ С ОТЯГОЩЕННОЙ ИНВАЛИДНОСТЬЮ В РЕЖИМЕ РЕАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ ПО МЕДИЦИНСКИМ ДОКУМЕНТАМ В КЛИНИКЕ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В АНГЛИИ 193
Еркинова Е.В., Штанаков М.В.
АНАЛИЗ РЕКОМЕНДОВАННЫХ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ В 2014-2015 ГГ. 204
Петрунько И.Л., Миненкова М.Е., Сергеева Н.В., Тумурова С.П., Соклакова В.И.
ОБ ОПЫТЕ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА В ЧАСТИ ВКЛЮЧЕНИЯ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ 209
Старобина Е.М.
О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С УЧЕТОМ КОНВЕНЦИИ ООН О ПРАВАХ ИНВАЛИДОВ 212
Вяхякуопус Е.М.
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛЮДЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ В ФИНЛЯНДИИ 218
Фраттура Лусилла
ИНФОГРАФИЧЕСКОЕ СЕМЕЙСТВО ИНДИКАТОРОВ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ (FAFI): КАК ИЗМЕРИТЬ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ НА ПРАКТИКЕ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КЛАССИФИКАЦИИ МКФ. 224
Е.М. Старобина, Е.О. Гордиевская, И.Е. Кузьмина
ПРИЧИНЫ НИЗКОЙ ЗАНЯТОСТИ ИНВАЛИДОВ В РФ 235
Козлова С.В.

ПОСТРОЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНА СЛУХА С УЧЕТОМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ 240
Копыток А.В., Лущинская С.И.
ПОТРЕБНОСТЬ ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ, УСЛУГАХ, ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ 248
Иштерякова О.А.
МОНИТОРИНГ И ПРОФИЛАКТИКА ИНВАЛИДНОСТИ, ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ 254
Михаил Салтышев
ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ «WHO DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0» (WHODAS 2.0) 256
Видмар Гай, Бургер Хелена, Брецель Валентина, Птюшкин Павел
НАДЕЖНОСТЬ КОДИРОВАНИЯ С ПОМОЩЬЮ МКФ: ОПЫТ И НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ УНИВЕРСИТЕТСКОГО ИНСТИТУТА РЕАБИЛИТАЦИИ В ЛЮБЛЯНЕ 259
Разуванов А.И.
РАЗРАБОТКА НАБОРА МКФ-КОДОВ ДЛЯ СОСТАВЛЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ СУСТАВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 261
Осипов Ю.В., Кобизькая Л.Г., РазувановА.И., Шнигир А.А.
МЕТОД ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ АРТРОЗАХ СУСТАВОВ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ОСНОВЕ МКФ 264
Копыток А.В.

ПОТРЕБНОСТЬ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В МЕРОПРИЯТИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ 267
Карасаева Л.А., Каличава А.Ш.
СОСТОЯНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ОБОСНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННОГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕР..... 272
Гордиевская Е.О.
СОДЕРЖАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В СТРУКТУРЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ. 276
Белянин О.Л., Буров Г.Н., Большаков В.А., Гордиевская Е.О., Ерофеев М.А.
ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛЕКТРОАКТИВНОСТИ МЫШЦ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ УПРАВЛЕНИЯ СОЧЕТАННЫМИ ДВИЖЕНИЯМИ КИСТИ ЕЁ ПРОТЕЗА 278

Межведомственное взаимодействие при освидетельствовании и реабилитации инвалидов.

Экономика реабилитации.

Вопросы совершенствования программы повышения квалификации специалистов Учреждений МСЭ.

Профилактика инвалидности.

Качыбекова Л.И., Абазбекова К.Т.
ОПЫТ КЫРГЫЗСТАНА ПО КООРДИНАЦИИ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ 281
Барковская О.С., Реутова Е.А.
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ И

АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В СФЕРЕ ОБРАЗОВАНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ..... 285
Сергеева О.В., Косенкова Т.В.
МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ И СОТРУДНИЧЕСТВО С ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ИНВАЛИДОВ С ЦЕЛЬЮ ОПТИМИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ..... 290
Кураева Л.Н., Антонова Г.В.
НОВЫЕ ЗАДАЧИ СЛУЖБЫ ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ЧАСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ..... 294
Юсуф Хемед
ВЛИЯНИЕ ПОСТОЯННОЙ ОЦЕНКИ И ОТЧЕТНОСТИ ПО ВОПРОСАМ ИНВАЛИДНОСТИ В ТАНЗАНИИ НА УЛУЧШЕНИЕ СИТУАЦИИ: ПРОСТОЙ ИНТЕРВЕНЦИОННЫЙ МЕТОД, ПРЕДПОЛАГАЮЩИЙ ПРИВЛЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И УЧАСТИЕ МАТЕРИ 298
Волобоева Т.В., Касьянова С.И., Сяткина Е.Л., Смагина Т.Н.
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ФКУ «ГБ МСЭ ПО ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ» МИНТРУДА РОССИИ И ОРГАНОВ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ВОПРОСАМ РЕАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ (АБИЛИТАЦИИ) ИНВАЛИДА (РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА)..... 301
Усенкова И.В., Рычкова Н.М., Кулешова Т.И., Базуева И.В.
ПРАКТИКА МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО КАЗЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «ГЛАВНОЕ БЮРО МСЭ ПО КРАСНОЯРСКОМУ КРАЮ» МИНИСТЕРСТВА ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ С АГЕНТСТВОМ ТРУДА И ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ В РЕАЛИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ..... 306
Давыдов А.Т., Савченко М.Е.
К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ ИЗ СОЦИАЛЬНО-НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ СЕМЕЙ..... 313

Другие вопросы инвалидности и реабилитации

Коробов М.В., Хорькова О.В., Деденева И.В., Малькова С.В.
АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ГРАЖДАН ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА, ЗА ПЕРИОД 1970-2015 ГОДЫ 316
Курак Ж.В.
ДИНАМИКА И СТРУКТУРА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ НЕЙРОСЕНСОРНЫХ НАРУШЕНИЙ СЛУХА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ..... 321
Давыдов А.Т., Загребельный И.А.
РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ С РАССТРОЙСТВОМ АДАПТАЦИИ.... 327
Демидович Т.Г., Чубарова З.В., Лужникова Е.А.
ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ И ПОВТОРНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2013–2015 ГГ. ... 329
Лущинская С.И., Копыток А.В.
ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ..... 334
Орешков А.Б., Абдулрахим М.
КЛИНИЧЕСКОЕ ОРТЕЗИРОВАНИЕ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА. ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ НА ПРИМЕРЕ СПАСТИЧЕСКОЙ РУКИ. 338
Разумовская А.М., Федосеева Н.В., Иванова И.В., Разумовский М.И.
СОСТОЯНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ И РЕАБИЛИТАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ 340
Самосват С.М., Андреева В.Б., Черкасова А.А.
ИНВАЛИДНОСТЬ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ..... 342

Л.Ч.Спиридонова, О.А. Тыкыл-оол, У.К. Сат, Ч.А. Ондар.
ОСОБЕННОСТИ ИНВАЛИДНОСТИ И ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ АУТИЗМА В РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА ЗА ПЕРИОД 2013-2015ГГ. 344
Сенько Е.В., Черкасова А.А.
ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ШИЗОФРЕНИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2013–2015 ГГ..... 350
Л.Ч. Спиридонова, О.А. Тыкыл-оол, А.К. Соян
ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ТРАВМ, ОТРАВЛЕНИЙ И ДРУГИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ВНЕШНИХ ПРИЧИН В РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА ЗА 2007-2015 ГОДЫ..... 355
Алфавитный указатель авторов 364

V. P. Shestakov, A. A. Svintsov, T. S. Chernyakina, V. I. Raduto, Gerashchenko L.I., Rocheva Y.S.
THE IMPLEMENTATION OF THE PROVISIONS OF THE UN CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES IN THE AREA OF HABILITATION AND REHABILITATION OF DISABLED PERSONS IN THE RUSSIAN FEDERATION 25
Reutova E.A.
TO THE QUESTION OF INFLUENCE OF THE CONVENTION OF THE UN "ABOUT THE RIGHTS OF DISABLED PEOPLE" ON REHABILITATION AND ABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITY IN EDUCATION 31
Richard Fitton, Syed Ghulam Sarwar Shah, Amir Hannan
THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES TO ACCESS AND SHARE THEIR ELECTRONIC HEALTH RECORDS, THE UNITED NATIONS, THE EUROPEAN UNION GENERAL DATA PROTECTION AND CODING AS A MEANS OF REPRESENTING PATIENTS' SELECTION AND MARKING OF SENSITIVE DATA NOT TO BE SHARED 41
Pashkova S.E.
PROBLEMS OF IMPROVING LEGISLATIVE REGULATION OF THE EMPLOYMENT OF DISABLED PEOPLE 46
Arkhipova O.A.
INEQUALITY OF OPPORTUNITIES WITH THE EQUALITY OF RIGHTS 51
Satish Mishra
GLOBAL DISABILITY ACTION PLAN 2014-2021: BETTER HEALTH FOR ALL PEOPLE WITH DISABILITY 59
Tørnes Hilde
INTERNATIONAL CHILD DEVELOPMENT PROGRAM APPLIED FOR CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS 63
Smychek V.B.
STATUS OF DISABILITY IN THE REPUBLIC OF BELARUS 64
I.J.Chapko, D.S.Kazakevich

TO ASSESS THE DEGREE OF LOSS OF WORK CAPACITY IN THE PRACTICE OF MEDICO-SOCIAL EXAMINATION 69
Drach D.A., Trekin S.V., Kudryashov A.L., Grechkina E.A., Potapenko M.V.
AN EXPERIENCE OF THE FGI «THE HEAD BUREAU OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE IN SAMARA REGION» OF MINTRUD OF RUSSIA IN ORGANIZATION OF THE REHABILITATION AND EXPERT DIAGNOSTICS DEPARTMENT ACCORDING TO REQUIREMENTS OF ACCESSIBLE ENVIRONMENT 74
Cherkasov S.N., Meshkov D.O., Shoshmin A.V., Bezmelnitsyna L.Y., Besstrashnova Y.K., Berseneva E.A.
IMPLEMENTATION IN PRACTICE THE RESULTS OF THE WHO COLLABORATING CENTERS FOR FAMILY OF INTERNATIONAL CLASSIFICATIONS IN THE RUSSIAN FEDERATION 77
Snitko N.L., Yurevich L.V., Gritsenko E.N., Karitskaya J.O.
APPLICATION FOR HARDWARE CLINICAL DIAGNOSTICS EXPERT 81
Safronova E.V., Antonova I.G., Nagaeva S.V.
USE SPECIAL DIAGNOSTIC EQUIPMENT AND EVALUATION RESEARCH FGI "CB MSE ON REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN» OF MINTRUD OF RUSSIA 84
Goryaynov I.V., Vladimirova O.N., Lenivkova S.A.
ANALYSIS OF THE NEED FOR ADDITIONAL PROGRAMMING FOR THE SURVEY FOR THE YEARS 2015-2016 91
S.G.Krivenkov, Z.D.Fidarova
METHODOLOGICAL SUPPORT AND EXPERIENCE OF COMPUTER-BASED TESTING IN EXPERTISE AND REHABILITATION DIAGNOSTICS OF PATIENTS OF THERAPEUTIC PROFILE 94
Decuman Saskia, François Perl
SUPPORTING RETURN TO WORK BY STIMULATING RESEARCH AND EDUCATING STAKEHOLDERS 97
Smychek V.B.

REHABILITATION IN THE REPUBLIC OF BELARUS: STATE AND PROSPECTS 106
Kuskova S.P
NATIONAL SCIENCE AND PRACTICE CENTRE OF MEDICAL ASSESSMENT AND REHABILITATION, BELARUS, GORODISCHE 111
Lvova N.L., Vlasova – Rozanskaya E.V., Kuskova S.P., Basalai I.A.
CRITERIA FOR EVALUATION OF ORGAN AND ORGAN SYSTEMS DISORDERS IN PATIENTS WITH LEADING NEPHROLOGICAL PATHOLOOGY FROM THE STANDPOINT OF INTERNATIONAL CLASSIFICATION FOR FUNCTIONING 117
Smychek V.B., Razuvanov A.I., Chumakova T.V.
THE ROLE OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH IN OBJECTIFICATION FEATURES OF PATIENTS WITH LOWER EXTREMITY JOINTS IMPLANTED..... 122
Shoshmin A.V., Besstrashnova Y.K., Vladimirova O.N.2, Lomonosova O.V.
FORMATION OF REGIONAL SYSTEM FOR COMPREHENSIVE REHABILITATION AND HABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES IN THE RUSSIAN FEDERATION: INITIAL EVALUATION AND CREATING A DEVELOPMENT PROGRAM..... 128
Osipov Yu.V.
MEDICAL-SOCIAL EXPERTISE OF POSTTRAUMATIC OSTEOARTHROSIS CONSEQUENCES FROM THE POINT OF VIEW OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH..... 131
Drosou Artemis, Papadopoulou Marianna, Yannis Michopoulos, Venos Mavreas, Antonis Rompos, Costas Francis, Andreas Karystinos, George Filippou, Vaia Arsenopoulou, Sofia Koukouvinou, Triantafyllou Stathis
RESULTS AND NEEDS THAT HAVE BEEN RAISED FOLLOWING IMPLEMENTATION OF THE ICF IN DIVERSE ENVIRONMENTS BY THE ICF HELLENIC TEAM (SPECIFIC REPORT ON THE NEEDS OF SPECIAL SCHOOLS)..... 136

Razumovskiy M.I., Razumovskaya A.M.
SPECIAL OF THE CONDITION OF COLOR VISION AT ELDERLY PEOPLE WITH VASCULAR PATHOLOGY
AT THE RATIONAL LABOUR DEVICE. 145
I.J.Chapko, A.N.Filippovich, N.V.Staheyko, V.E.Perkova
PRINCIPLES OF FORMATION OF THE PROGRAM OF MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH SYMPTOMATIC EPILEPSY 156
Lagun V.E.
CHARACTERISTICS OF DISABILITY CHILDREN WITH DOWN'S SYNDROME IN SAINT-PETERSBURG..... 161
Smichek V.B., Vasilchanka N.I.
CRITERIA FOR ASSESSMENT OF REHABILITATION TREATMENT EFFECTIVENESS FOR POST-STROKE PATIENTS..... 163
Shamsheva E.V., Snitko N.L., Yarkov A.A.
MODERN EXPERT- REHABILITATION DIAGNOSIS MODEL OF PERSISTENT MENTAL DYSFUNCTIONS IN SOMATIC AND NEUROLOGICAL PROFILE PATIENTS 169
Lomonosova O.V., Popova N.V., Samsonenko O.O.
FEATURES OF THE DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION OF INDIVIDUAL PROGRAMS REHABILITATION OF THE DISABLED TRUDOSPOSOBNOSTI AGE AS A RESULT OF CEREBROVASCULAR DISEASE IN SAINT-PETERSBURG..... 173
Smychek V. B. Lvova N.L.
«NATIONAL SCIENCE AND PRACTICE CENTRE OF MEDICAL ASSESSMENT AND REHABILITATION», BELARUS, GORODISCHE..... 177
Gordievskaya E.O., Belyanin O.L.
A COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF THE UPPER EXTREMITY PROSTHETIC RESULTS BY USING INTERNATIONAL CLASSIFICATION ON FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH (ICF) 184
Galianov A.A., Ishutina I.S.

APPLICATION OF INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH FOR ASSESING FACILITATORS IN THE GROUP OF DISABLED WITH OSTEOARTHRITIS OF LOWER EXTREMITIES 191
Dr Richard, Edna Davies
ON LINE CORRECTION AND NEGOTIATION OF REAL TIME MEDICAL PATIENT RECORD BY THE MOTHER OF A PATIENT WITH COMPLICATED DISABILITIES IN AN ENGLISH GENERAL PRACTICE. 193
ON LINE CORRECTION AND NEGOTIATION OF REAL TIME MEDICAL PATIENT RECORD BY THE MOTHER OF A PATIENT WITH COMPLICATED DISABILITIES IN AN ENGLISH GENERAL PRACTICE. 199
E.V. Erkinova, M.V. Shtanakov
THE ANALYSIS RECOMMENDED BY TECHNICAL AIDS OF REHABILITATION OF THE POPULATION OF THE ALTAI REPUBLIC IN 2014-2015 204
Petrun'ko I.L., Minenkova M.E., Sergeeva N.V., Tumurova S.P., Soklakova V.I.
EXPERIENCE QUALITY CONTROL INDIVIDUAL PROGRAMS OF REHABILITATION OR HABILITATION DISABLED IN PART ON TECHNICAL EQUIPMENTS OF REHABILITATION 209
Starobina E.M.
ON IMPROVING VOCATIONAL REHABILITATION OF DISABLED PERSONS, TAKING INTO ACCOUNT THE UN CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES 212
Vahakuopus J.
VOCATIONAL REHABILITATION OF PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITIES IN FINLAND 218
Frattura Lucilla
THE INFOGRAPHIC FAMILY OF FUNCTIONING INDICATORS (FAFI): HOW TO MEASURE OUTCOMES IN PRACTICE USING ICF. 231
Starobina E. M., Gordievskaya E. O., Kuz'mina I. E.

THE REASONS FOR THE LOW EMPLOYMENT OF PERSONS WITH DISABILITIES IN RUSSIA 235
Kozlowa S.W.
CONSTRUCTION OF THE INDIVIDUAL PROFILE OF FUNCTIONING OF PATIENTS WITH CONSEQUENCES OF AUDITORY ORGAN DISEASES TAKING INTO ACCOUNT INTERNATIONAL CLASSIFICATION ON FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH 240
Kapytok H.V., Lushchinskaya S.I.
NEEDS OF PERSONS WITH DISABILITIES IN REHABILITATION MEASURES, SERVICES, TECHNICAL MEANS OF SOCIAL REHABILITATION 248
Ishteryakova O.
MONITORING AND PREVENTION OF DISABILITY, PERFORMANCE EVALUATION REHABILITATION PERSONS WITH OCCUPATIONAL DISEASES 254
Mikhail Saltychev, MD, PhD
PRACTICAL IMPLEMENTATION OF WHODAS 2.0 SCALE 257
Vidmar Gaj, Burger Helena, Brecelj Valentina, Ptyushkin Pavel
RELIABILITY OF ICF CODING: EXPERIENCE AND RESEARCH AT THE UNIVERSITY REHABILITATION INSTITUTE IN LJUBLJANA 259
Razuvanov A.I.
DEVELOP A SET OF ICF CODES TO COMPILE AN INDIVIDUAL PROFILE OF THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH IMPLANTED JOINTS OF THE LOWER LIMBS..... 261
Osipov Y.V., Kobizskaya L.G., RazuvanovA.I., Shnigir A.A.
METHOD OF MEDICAL REHABILITATION IN POST-TRAUMATIC ARTHROSIS LIMB JOINTS BASED ON THE ICF 264
Kapytok A.V.
NEEDS OF PERSONS WITH DISABILITIES IN MEASURES OF MEDICAL REHABILITATION 267
Karasaeva L. A., Kalichava A. Sh.

THE STATE OF DISABILITY DUE TO OBLITERATING ATHEROSCLEROSIS OF THE LOWER LIMBS OF ST. PETERSBURG AND THE RATIONALE FOR THE ORGANIZATIONAL IMPROVEMENT OF THE SYSTEM OF REHABILITATION MEASURES 272
Gordievskaya E.O.
THE CONTENT OF PSYCHOLOGICAL REHABILITATION IN THE STRUCTURE OF COMPLEX REHABILITATION AND HABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES. 276
Belyanin O.L., Burov G.N., Bolishakov V.A., Gordievskaya E.O., Erofeev M.A.
USE MUSCLES ELEKTROAKTIVTY OF THE FOREARM POSSIBILITY FOR ORGANIZATION OF MANAGEMENT COMBINED MOVINGS THE HAND PROSTHETIC DEVICE 278
Kachybekova L.I., Abazbekova K.T.
KYRGYZ EXPERIENCE ON COORDINATION OF INTERAGENCY COOPERATION AT THE REGIONAL LEVEL IN REALIZATION OF THE PROGRAMS ON REHABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES 281
Barkovskay O.S., Reutova E.A.
THE ORGANIZATION OF INTERDEPARTMENTAL INTERACTION AT IMPLEMENTATION OF INDIVIDUAL PROGRAMS OF REHABILITATION AND ABILITATION OF DISABLED PEOPLE IN EDUCATION OF THE NOVOSIBIRSK REGION 285
Sergeeva O.V., Kosenkova T.V.
INTERSECTORAL CJMMUNICATION AND COOPERATION WITH CIVIL SOCIETY ORGANISATIONS IN ODER TU OPTIMISE DISABLED REHABILITATION IN VORONEZH REGION 290
Kuraeva L.N., Antonova G.V.
NEW CHALLENGE OF EMPLOYMENT SERVICE IN TERMS OF VOCATIONAL REHABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES 294

Dr. Yusuf Hemed
EFFECT OF REPEATED ASSESSMENT AND REPORTING OF DISABILITY IN TANZANIA ON IMPROVING OUTCOMES: SIMPLE INTERVENTION APPROACH THROUGH HEALTH WORKER AND MOTHER APPROACH 300
Voloboeva T.V., Kasyanova S.I., Syatkina E.L., Smagina T.N.
INTERACTION FKU "GB MSE IN THE ORENBURG AREA," THE MINISTRY OF RUSSIA AND EXECUTIVE AUTHORITIES ORENBURG AREA ON THE IMPLEMENTATION OF INDIVIDUAL PROGRAMS OF REHABILITATION (HABILITATION) DISABLED (DISABLED CHILD) 301
Usenkova I.V., Rychkova N.M., Kuleshova T.I. Bazueva I.V.
THE PRACTICE OF INTERDEPARTMENTAL COOPERATION OF THE MAIN BUREAU OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE IN THE KRASNOYARSK REGION WITH THE AGENCY OF LABOUR AND EMPLOYMENT OF THE KRASNOYARSK REGION IN THE IMPLEMENTATION OF MEASURES FOR THE VOCATIONAL REHABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES. 307
Davydov A.T., Savchenko M.E.
ON THE ON REHABILITATION QUESTION OF ADOLESCENTS FROM SOCIALLY DEPRIVED FAMILIES 313
Korobov M.V., Khorkova O.V., Dedeneva I.V., Malkova S.V.
ANALYSIS OF THE DYNAMICS PRIMARY DISABILITY POPULATION OF RUSSIA, INCLUDING THE CITIZENS RETIREMENT AGE, FOR THE PERIOD 1970-2015 YEARS 316
Kurak Zh.V.
DYNAMICS AND STRUCTURE OF PRIMARY DISABILITY OF CHILDREN WITH NEUROSENSORY HEARING LOSS IN THE REPUBLIC OF BELARUS 321
Davydov A.T., Zagrebelnii I.A.
REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE WITH ADJUSTMENT DISORDER 327

Demidovich T.G., Chubarova Z.V., Luzhnikova E.A.
FEATURES OF PRIMARY AND REPEATED DISABILITY DUE TO DISEASES OF THE ENDOCRINE SYSTEM AMONG THE ADULT POPULATION OF THE IRKUTSK REGION FOR 2013–2015..... 329
Lushchinskaya S.I., Kapytok H.V.
INDICATORS OF PRIMARY DISABILITY IN THE REPUBLIC OF BELARUS 334
Oreshkov A.B., Abdulrahim M.
CLINICAL ORTHOTICS SHOULDER GIRDLE. COMMON ERRORS ON THE EXAMPLE OF HAND SPASTIC. 338
Razumovskaya AM. , Fedoseeva N.V., Ivanova I.V., Razumovski M.I.
THE CONDITION OF DISABILITY AND REHABILITATION OF POPULATION WITH OPHTALMOPATHOLOGY IN ST.PB.REGION..... 340
Samosvat S.M., Andreeva V.B., Cherkasova A.A
THE DISABILITY OF THE CHILD POPULATION IN IRKUTSK REGION DUE TO DISEASES OF THE NERVOUS SYSTEM 342
Spiridonova L.Ch., Tykyl-ool O.A., Sat U.K., Ondar Ch.A.
FEATURES OF DISABILITY AND PSYCHO-PEDAGOGICAL REHABILITATION OF CHILDREN AS A RESULT OF AUTISM IN THE REPUBLIC OF TUVA IN THE PERIOD 2013-2015. 344
Senko E.V., Cherkasova A.A.
DISABILITY DUE TO SCHIZOPHRENIA AMONG THE ADULT POPULATION OF THE IRKUTSK REGION. 2013–2015..... 350
Spiridonova L.Ch., Tykyl-ool O.A., Soyan A.K.
DYNAMICS OF PRIMARY DISABILITY OF THE ADULT POPULATION AS A RESULT OF INJURIES, POISONINGS AND OTHER CONSEQUENCES OF EXTERNAL CAUSES TYVA REPUBLIC FOR 2007-2015..... 356
Index of authors 367

Влияние Конвенции ООН о правах инвалидов на реабилитацию. Модель инвалидности – основные подходы.

УДК:616-056.266:341.24:362.45

Шестаков В.П.[1], Свинцов А.А.[1, 2], Чернякина Т.С.[1, 2], Радуто В.И.[1], Геращенко Л.И.[1], Рочева Я.С.[1]

РЕАЛИЗАЦИЯ ПОЛОЖЕНИЙ КОНВЕНЦИИ ООН О ПРАВАХ ИНВАЛИДОВ В ОБЛАСТИ АБИЛИТАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

[1]ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург
[2]ФГБУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург

V. P. Shestakov[1], A. A. Svintsov[1, 2], T. S. Chernyakina[1, 2], V. I. Raduto[1], Gerashchenko L.I.[1], Rocheva Y.S.[1]

THE IMPLEMENTATION OF THE PROVISIONS OF THE UN CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES IN THE AREA OF HABILITATION AND REHABILITATION OF DISABLED PERSONS IN THE RUSSIAN FEDERATION

[1]St. Petersburg Scientific and Practical Center of Medical-Social Expertise, Prosthetics and Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg
[2]Federal State Institution of Higher Education "Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov" of the Russian Federation Ministry of Health, St. Petersburg

Ключевые слова: Конвенция ООН о правах инвалидов, законодательство Российской Федерации, совершенствование нормативной правовой базы в области реабилитации инвадидов.

Keywords: Convention of the UN on the rights of disabled people, legislation of subjects of the Russian Federation, enhancement of the regulatory legal base.

Аннотация. В статье рассматриваются правовые аспекты реализации на федеральном уровне положений Конвенции ООН о правах инвалидов [1] (далее – Конвенция) в области реабилитации.

Abstract. The article discusses the legal aspects of the implementation at the Federal level, the provisions of the UN Convention on the rights of persons with disabilities [1] (hereinafter – the Convention) in the field of rehabilitation.

Введение. 25 октября 2012 года Конвенции ООН о правах инвалидов (далее – Конвенция) [1] вступила в силу для Российской Федерация [2].

Так как Конвенция имеет статус международного договора и, в соответствии с Конституцией Российской Федерации (ст. 15) [3], ее положения применяются в обязательном порядке, в том числе в тех случаях, когда они не совпадают с нормами внутреннего законодательства. В этой связи оценка норм законодательства Российской Федерации на соответствие положениям Конвенции является актуальной задачей.

Цель исследования - оценка нормативно-правового регулирования реабилитации и абилитации инвалидов в Российской Федерации на соответствие положениям статьи 26 «Абилитация и реабилитация» Конвенции ООН о правах инвалидов.

Материал и методы. Материалами исследования являются федеральные законы, касающиеся прав и мероприятий по реализации прав инвалидов на абилитацию и реабилитацию, национальные стратегии и концепции развития отраслей. Методологической основой исследования являлась система мониторинга выполнения Конвенции ООН о правах инвалидов [1], включающая общенаучные методы: системно-структурный, сравнительный, аналитический

Результаты. В Российской Федерации с 1995 года действует специальный закон о правах инвалидов [3] (далее основной закон) и другие нормативные акты, позволяющие инвалидам реализовать свое право на реабилитацию. Проведенный анализ федерального и регионального законодательства Российской Федерации не выявил противоречий с изложенными в Конвенции нормами. Вместе с тем, Конвенция содержит много новых положений, реализация которых в России потребовала внесения изменений и дополнений в федеральное законодательство, совершенствования действующих и введения новых механизмов обеспечения прав инвалидов и создания условий для их социальной интеграции.

Согласно статье 26 «Абилитация и реабилитация», государства-участники организуют, укрепляют и расширяют комплексные абилитационные и реабилитационные услуги и программы, особенно в сфере здравоохранения, занятости, образования и социального обслуживания [1].

В связи с этим в рамках подготовки к ратификации Конвенции и в порядке её выполнения в 2011-2013 годах был принят ряд законодательных актов, направленных на реализацию отдельных норм Конвенции, в частности по улучшению механизма реабилитации в учреждениях социального обслуживания; определены особенности организации образования инвалидов; введены нормы, позволяющие установить требования к оснащению специальных рабочих мест для инвалидов; по улучшению

механизма их квотирования. Кроме того, в 2012-2013 годах приняты с учетом положений Конвенции новые базовые федеральные законы в сферах здравоохранения [4] и образования [5].

Анализ законодательства Российской Федерации позволил определить системные недостатки в правовом регулировании проблем, связанных с абилитацией и реабилитацией инвалидов, и невозможность их устранить отдельными законами. Стала очевидной необходимость кроме принятия новых законов и других нормативных правовых актов, конкретизации и дополнения отдельных статей законов. С этой целью разработан Федеральный закон от 01.12.2014 г. 419-ФЗ [7], которым с системных позиций были установлены соответствующие положениям Конвенции нормы, внесены взаимоувязанные изменения в закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" [8]: закреплено понятие реабилитации и новое понятие - абилитации инвалидов (ч. 1 ст. 9), определены направления реабилитации, осуществляемые на основе многопрофильной оценки потребностей инвалида и в целях максимально возможной реализации его реабилитационного потенциала (ч.4 ст. 9), по новому изложено понятие: "Индивидуальная программа реабилитации (абилитации) инвалида" (ч.1 ст. 11); установлено взаимодействие бюро медико-социальной экспертизы и организаций, осуществляющих деятельность по предоставлению реабилитационных услуг инвалидам при разработке индивидуальных программ реабилитации инвалидов (ч.8 и 9 статьи 11), вводится аккредитация этих организаций, конкретизируются полномочия (ст. 5).

Перечень направлений реабилитации инвалидов, определенных Законом, не включает такое направление, как социальное обслуживание. Между тем Конвенция определяет социальное обслуживание как неотъемлемую сферу реализации реабилитационных мероприятий наряду со сферами здравоохранения, занятости и образования. Ряд норм по совершенствованию правового регулирования мероприятий, связанных с реабилитацией инвалидов в учреждениях социального обслуживания предусмотрен в Федеральном законе от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания в Российской Федерации» [6].

Государство гарантирует инвалидам, как в городских, так и сельских поселениях, проведение реабилитационных мероприятий, получение технических средств и услуг (ст. 10), предусмотренных федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду за счет средств федерального бюджета [8].

Порядок разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида и ее форма определены Приказом Минтруда России [9]. Подготовлены и утверждены новые классификации и критерии установления инвалидности [10], позволяющие более объективно и прозрачно определять степень имеющихся нарушений функций организма.

Федеральным законом от 01.12.2014 № 419-ФЗ определены дополнительные меры по развитию системы реабилитации и абилитации [7]:

предусматривается ведение федерального реестра инвалидов и определяется порядок его формирования и использования в качестве общегосударственного механизма оценки эффективности процесса реабилитации и интеграции инвалидов на основе персонифицированного анализа взаимодействия нарушенных функций организма с барьерами окружающей среды;

устанавливаются нормы, обеспечивающие повышение координирующей роли в процессе реабилитации учреждений медико-социальной экспертизы, определяется механизм их информационного взаимодействия с организациями, на которые возлагается исполнение мероприятий индивидуальной программы реабилитации;

устанавливается статус организаций, осуществляющих реабилитацию, конкретизируется механизм их аккредитации, что позволит структурировать реабилитационный процесс на основе многопрофильной оценки потребностей инвалида и его реабилитационного потенциала;

в целях организации как можно более раннего осуществления мероприятий по формированию изначально отсутствовавших способностей инвалида к различным видам деятельности впервые вводится понятие «абилитация», что наиболее актуально для детей, родившихся с нарушениями функций и структур организма, определяется механизм осуществления абилитации в рамках единого реабилитационно-абилитационного процесса.

Обеспечение добровольности участия инвалидов в абилитационных и реабилитационных программах и возможности их выбора осуществляется установлением им права на отказ от того или иного вида, формы и объема предлагаемых реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом. Инвалид вправе самостоятельно решить вопрос об обеспечении себя конкретным техническим средством реабилитации или видом реабилитации (ч. 5 ст. 11 Закона о социальной защите инвалидов) [8]. Когда это ему удобно, инвалид вправе самостоятельно приобретать наиболее необходимые ему технические средства реабилитации и компенсацией ему расходов за счет средств федерального бюджета.

С целью улучшения информированности инвалидов о возможных вариантах реализации своих реабилитационных потребностей после ратификации Конвенции нормативными актами Минтруда России утверждены:

Перечень показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации [11];

Классификация технических средств реабилитации (изделий) в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду [12].

В рамках реализации положений статьи 26 Конвенции о правах инвалидов в Российской Федерации утверждены: государственная программа Российской Федерации "Развитие здравоохранения", включающая, в том числе подпрограмму "Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям" [13] и государственная программа Российской Федерации "Развитие образования" на 2013 - 2020 годы" [14].

Практические меры по реализации положений Конвенции повышение уровня обеспеченности инвалидов реабилитационными и абилитационными услугами, а также повышение уровня профессионального развития и занятости инвалидов содержатся в пролонгированной до 2020 года государственной программе Российской Федерации "Доступная среда" [15], подпрограммой которой является "Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов".

Общее образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам, где создаются специальные условия для получения образования указанными обучающимися (ст. 79) [5]. 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 (ст. 34) [16].

В Российской Федерации сформирована нормативная база по определению основных требований к оборудованию (оснащению) специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений их жизнедеятельности, подготовлен перечень рекомендуемых видов трудовой и профессиональной деятельности инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений их жизнедеятельности [17].

Заключение. Вступление в силу Конвенции для Российской Федерации придало импульс дальнейшему развитию федерального законодательства и регионального нормативного правового регулирования в области реабилитации инвалидов.

Анализ законодательства Российской Федерации с внесенными в него дополнениями и изменениями, свидетельствует о достаточно полном соответствии положениям статьи 26 в части принятия норм и мер по обеспечению инвалидам возможности достижения и сохранения максимальной независимости, полных физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и полного включения и вовлечения во все аспекты жизни.

Медико-социальная экспертиза и реабилитация (абилитация) инвалидов становятся важными элементами системы обеспечения инвалидам условий для

преодоления ограничений жизнедеятельности, направленных на создание им равных возможностей для участия в жизни общества.

Недостатки в решении проблем комплексной реабилитации инвалидов носят системный характер и устранить их можно только в результате поэтапного преобразования процесса реабилитации (абилитации) инвалидов, научного обоснования комплексных программ абилитации и реабилитации с применением инновационных технологий реабилитации в сфере здравоохранения, образования, социального обслуживания и занятости инвалидов в каждом регионе Российской Федерации. совершенствования системы медико-социальной экспертизы.

Список литературы

1. Федеральный закон от 03.05.2012 № 46-ФЗ "О ратификации Конвенции о правах инвалидов".
2. Конвенция о правах инвалидов, принятая Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г. № 61/106 (по состоянию на 26 октября 2012 г.).– 2012. – 29 с.
3. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993).
4. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
5. ст. 79 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации".
6. Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания в Российской Федерации".
7. Федеральный закон от 1 декабря 2014 г. № 419-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов".
8. Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" от 24.11.1995 (ред. от 14.12.2015) № 181-ФЗ.
9. Приказ Минтруда России от 31 июля 2015 г. № 528н "Об определении порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида и их формы".
10. Приказ Минтруда России от 17 декабря 2015 г. № 1024н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы".
11. Приказ Минтруда России № 65н от 18.02.2013 "Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации" (Зарегистрировано в Минюсте России 27.03.2013 № 27906).
12. Приказ Минтруда России от 24.05.2013 № 214н (ред. от 18.07.2016) "Об утверждении классификации технических средств реабилитации

(изделий) в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. № 2347-р" (Зарегистрировано в Минюсте России 20.06.2013 № 28858).
13. Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 № 294 "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения".
14. Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 № 295 (ред. от 27.04.2016) "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие образования" на 2013 - 2020 годы".
15. Постановление Правительства РФ от 01.12.2015 № 1297 "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Доступная среда" на 2011 - 2020 годы".
16. Федерального закона от 4 декабря 2007 г. № 329-ФЗ "О физической культуре и спорте в Российской Федерации".
17. Приказ Минтруда России от 04.08.2014 N 515"Об утверждении методических рекомендаций по перечню рекомендуемых видов трудовой и профессиональной деятельности инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений их жизнедеятельности".

УДК 616-036.86+342.72+376

Реутова Е.А.

К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ КОНВЕНЦИИ ООН «О ПРАВАХ ИНВАЛИДОВ» НА РЕАБИЛИТАЦИЮ И АБИЛИТАЦИЮ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В СФЕРЕ ОБРАЗОВАНИЯ

ГБУ НСО «ОЦДК», Новосибирск

Reutova E.A.

TO THE QUESTION OF INFLUENCE OF THE CONVENTION OF THE UN "ABOUT THE RIGHTS OF DISABLED PEOPLE" ON REHABILITATION AND ABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITY IN EDUCATION

Regional Centre for diagnosis and counseling, Novosibirsk

Ключевые слова: Конвенция ООН о правах инвалидов, законодательство Российской Федерации, индивидуальная программа реабилитации и абилитации (ИПРА), реализация, инвалидность, ограниченные возможности здоровья, доступная среда.

Keywords: Of the UN Convention in the Rights of Persons with Disabilities, legislation of the Russion Federation, legislation of the Russian Federation, individual rehabilitation and habilitation program(IPRA),the implementation, disability, disabilities, accessible environment

Аннотация: Статья посвящена анализу изменений требований Российского законодательства в вопросах обеспечения реализации ИПРА для лиц с инвалидностью. Актуализирована необходимость построения социальной модели взаимодействия организаций и структур, осуществляющих деятельность в сфере образования, социализации и реабилитации лиц с инвалидностью в Новосибирской области.

Abstract: This article analyses the changes in the Russion legislation requirements to ensure the implementation of IPRA for persons with disabilities. Actualise the need to build a social model of interaction of organizations and structures operating in the field of education, socialization and rehabilitation of persons with disabilities in terms of the Novosibirsk region.

Ратификация Россией Международной Конвенции ООН «О правах инвалидов» обязала наше государство привести национальное законодательство в соответствие с ее положениями. В связи с чем, современная государственная политика направлена на обеспечение условий для образования, социализации, реабилитации лиц с инвалидностью. Для обеспечения практической реализации положений Конвенции существенно изменились нормативно правовые требования Федерального законодательства по вопросам реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации (ИПРА).

Целью работы послужил анализ влияния положений Конвенции ООН «О правах инвалидов» по изменению государственных подходов в вопросах реализации ИПРА.

В статье использованы методы наблюдения, сравнения, информационно-аналитического анализа.

Согласно статье 19 Конвенции ООН о правах людей с ограниченными возможностями, от государств-участников требуется предпринимать соответствующие эффективные меры для обеспечения их права быть активно включенными в жизнь общества, независимо от степени тяжести отклонения от нормы здоровья, возраста, пола, национальности, материального положения и др.

В соответствии со статьей 24 Конвенции ООН «Государства признают право инвалидов на образование. В целях реализации этого права без дискриминации и на основе равенства возможностей государства-участники обеспечивают инклюзивное образование на всех уровнях и обучение в течение всей жизни». Образование осуществляется в рамках общей образовательной системы по месту жительства, как альтернатива специальному обучению в

специализированных образовательных учреждениях. Аналогичный подход применяется в решении проблемы трудоустройства [1,2].

В 1995 г в России Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации", установил гарантии получения детьми с инвалидностью образования. В статье 18 закона определено, что образовательные учреждения совместно с органами социальной защиты населения и органами здравоохранения обеспечивают дошкольное, внешкольное воспитание и образование детей-инвалидов, получение инвалидами среднего общего образования, СПО и ВПО в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида. Указанные права закреплены Семейным кодексом РФ и Законом «Об образовании в РФ»№ 273-ФЗ от 29 декабря 2012 года.

Таким образом, анализ положений Конвенции о правах инвалидов и норм российского законодательства показывает, что противоречий между нормами права нет. Однако реализация такого подхода на практике несколько усложнилось в связи с разным пониманием и отношением к этому вопросу.

При этом, следует отметить, что общественные организации заявили об особых потребностях лиц с ОВЗ, выступив против термина инвалидность, что нашло подтверждение в Федеральном законе №273-ФЗ - термин инвалидность, обучающийся с инвалидностью, ребенок-инвалид отсутствуют, есть только понятие обучающийся с ограниченными возможностями здоровья. Однако в обществе используются оба термина, что несколько затрудняет механизм понимания и соответственно реализации права на образование этих категорий лиц.

Согласно Декларации о правах инвалидов, инвалид - это лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и (или) социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или нет его физических или умственных возможностей» [1]. Федеральный закон № 273-ФЗ закрепил понятие: обучающийся с ограниченными возможностями здоровья - физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией (ПМПК) и препятствующие получению образования без создания специальных условий [3]. Как видим, лица с инвалидностью с одной стороны находятся внутри группы лиц с ограниченными возможностями здоровья, с другой нет, т.к для этого необходимо заключение ПМПК. Такой подход вызывает вопросы при реализации ИПРА в системе образования и требует дополнительной экономической и правовой экспертизы этих понятий.

Ранее в обществе имела место т.н. «медицинская», или «административная», модель инвалидности, которая носила больше директивныйхарактер, в настоящее время исходя из мировой практики приоритет отдается т.н. «социальной модели» («модель взаимодействия»), которая направлена на обеспечение взаимосвязи между отдельным человеком и окружающей его средой, в том числе обществом [4,5].

Так, социальная модель рассматривает человека и его проблемы в свете его гражданских прав и ориентируется на устранение социальных, физических и психологических барьеров в окружающей среде с помощью специальных служб, методов и средств, поэтому конкретные усилия должны быть направлены на изменения в обществе. Очевидно, что в силу особенностей лиц с инвалидностью, процесс их самореализации, имеет свою специфику и требует изменения идеологии, социальной политики, технологий и методов со стороны государства, на которые конечно же, нужно время.

Рубинштейн С.Л. отмечал, что человек, достигнувший определенного уровня развития, становится способным сознательно регулировать ход своей жизни, выбирать и осуществлять собственный путь самореализации. И чем выше уровень развития личности, тем успешнее он справляется с возникающими трудностями.

Закон «Об образовании в РФ» закрепил право на получение качественного образования лиц с ОВЗ, в т.ч. детей-инвалидов, с имеющимися у них потребностями и возможностями (ст. 34,42, 55, 59, 79), установил доступность образования, адаптивность системы образования к уровням и особенностям развития и подготовки обучающихся, воспитанников. Статья 34 гарантирует обучающимся академические права на предоставление условий для обученияс учетом особенностей их психофизического развития и состояния здоровья, в т.ч. получение социально-педагогической и психологической помощи, бесплатной психолого-медико-педагогической коррекции. Исходя из такой позиции, потребность в психологической помощи для лиц с ИПРА, как участников образовательного процесса оказывается на одном из главных мест. При этом, психолог, как и педагог не является субъектом оказания медицинских услуг, его деятельность не регулируется нормативными актами: «пациент – врач» и подзаконными актами, как правовая базы оказания таких услуг [3].

Закон № 273-ФЗ определил понятие специальных условий для получения образования лиц с ОВЗ, включая условия обучения, воспитания и развития. Использование специальных образовательных программ, специальные учебники и технические средства обучения коллективного и индивидуального пользования, предоставление услуг ассистента(помощника) для оказания технической помощи, обеспечение доступа в здания организаций, осуществляющих образовательную деятельность, и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимся с ОВЗ.

Согласно статье 27 Конвенции ООН о правах инвалидов, рынок труда и рабочие места должны быть открыты, доступны и приспособлены и должна быть возможность выбора вида, места и режима работы. Таким образом, государство и соответствующие социальные институты должны способствовать раскрытию потенциала людей с ОВЗ, и в первую очередь с инвалидностью на всех этапах их профессиональной самореализации: профессиональное

самоопределение – профессиональное становление – профессиональный рост – профессиональная компетентность / карьера.

Исходя из вышеизложенного, а также учитывая тот факт, что в настоящее время во всем мире наблюдается тенденция роста числа детей-инвалидов, видим, что целый комплекс социальных, психолого - медико-педагогических и других проблем требует дополнительных решений [3]. Особенно актуальным становится определение порядка и механизмов в решении вопросов по созданию и реализации специальных образовательных условий для лиц с инвалидностью с целью предоставления для всех людей равных возможностей жить полноценной жизнью.

Список литературы

1. Конвенция о правах инвалидов, принятая Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г. №61/106 (по сост. на 26 октября 2012 г.) - 2012.-29с.
2. Федеральный закон от 03.05.2012 г. № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов».
3. Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
4. «О докладе РФ о мерах, принятых для осуществления обязательств по Конвенции ООН о правах инвалидов и стратегии действий в отношении лиц с инвалидностью»//обществ. слушания. – 2014.
5. Федеральный закон от 01.12.2014 г. № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов».

УДК 341.123:616-036.86]:004.056.53

Ричард Фиттон[1], Сайед Гулям Сарвар Шах[2], Амир Ханнан[3]

ПРАВА ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ НА ДОСТУП И РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЭЛЕКТРОННОЙ ИНФОРМАЦИИ ОБ ИХ ЗДОРОВЬЕ (ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ, ЕВРОПЕЙСКИЙ СОЮЗ). ЗАЩИТА ДАННЫХ И КОДИРОВАНИЕ КАК СРЕДСТВО ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ВЫБОРКИ ПО ПАЦИЕНТАМ И МАРКИРОВКИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНЫХ ДАННЫХ, ЗАПРЕЩЕННЫХ К РАЗГЛАШЕНИЮ

[1] Олд Викарадж, Кроуден, Глоссоп, Дербишир, Великобритания
[2] Многопрофильная оценка технологии центра здравоохранения, Кафедра информационных систем и вычислительной техники, Университет Брунеля, Лондон, Великобритания
[3] Дом Хотон Торнли, хирургия, Манчестер, UK

Richard Fitton[1], Syed Ghulam Sarwar Shah[2], Amir Hannan[3]

THE RIGHTS OF PERSONS TO ACCESS AND SHARE THEIR ELECTRONIC HEALTH RECORDS, THE UNITED NATIONS, THE EUROPEAN UNION GENERAL DATA PROTECTION AND CODING AS A MEANS OF REPRESENTING PATIENTS' SELECTION AND MARKING OF SENSITIVE DATA NOT TO BE SHARED

[1]The Old Vicarage, Crowden, Glossop, Derbyshire, UK
[2]Multidisciplinary Assessment of Technology Centre for Healthcare, Department of Information Systems and Computing, Brunel University, London, UK
[3]Haughton Thronley House surgery Greater Manchester, UK

Ключевые слова: электронные медицинские карты, пациент, доступ, законодательство ЕС, защита данных, конвенция Организации Объединенных Наций о правах инвалидов

Keywords: electronic health records, patient, access, EU Legislation, data protection, United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities

Аннотация. В данной статье рассматриваются вопросы управления обработкой данных о состоянии здоровья с точки зрения этики и пациента, предлагаются стандарты обработки данных, которые Организации Объединенных Наций, возможно, придется пересмотреть с учетом должного баланса ролей промышленности, государства и личности при обработке персональных данных.

Abstract. This paper presents the case for a patient centred ethical governance of health data processing and suggests standards of data processing that a United Nation body might in the future have some responsibility for overseeing, balancing the roles industry, the State and the individual in the processing of health data.

Действующий закон об обработке данных в Европе – это Директива 95/46/EC о защите данных [1] Европейская комиссия в Брюсселе приняла предложение COM (2012) 11/4 о регулировании со стороны Европейского парламента и Совета защиты физических лиц в отношении обработки персональных данных и свободной передачи таких данных (Общее Положение о защите данных [SEC (2012) 72] и [SEC (2012) 73], которое вступает в силу в мае 2018 года [2].

Конвенция о правах инвалидов, принятая Организацией объединенных наций, декларирует, что «государства-участники настоящей Конвенции»

признают, «что для инвалидов важна их личная самостоятельность и независимость, включая свободу делать свой собственный выбор» [3, Преамбула, n];

считают, «что инвалиды должны иметь возможность активной вовлеченности в процессы принятия решений относительно стратегий и программ, в том числе тех, которые их прямо касаются» [3, Преамбула, o];

признают, что «важна доступность физического, социального, экономического и культурного окружения, здравоохранения и образования, а также информации и связи, поскольку она позволяет инвалидам в полной мере пользоваться всеми правами человека и основными свободами» [3, Преамбула, v];

проводят или поощряют «исследовательскую и конструкторскую разработку, а также способствовать наличию и использованию новых технологий, включая информационно-коммуникационные технологии, средств, облегчающих мобильность, устройств и ассистивных технологий, подходящих для инвалидов, с уделением первоочередного внимания недорогим технологиям» [3, Статья 4, g];

поощряют «доступ инвалидов к новым информационно-коммуникационным технологиям и системам, включая Интернет» [3, Статья 9, 2, g];

поощряют «проектирование, разработку, производство и распространение изначально доступных информационно-коммуникационных технологий и систем, так чтобы доступность этих технологий и систем достигалась при минимальных затратах» [3, Статья 9, 2, h].

Наша работа по обеспечению согласия пациента, его доступа к данным, кодированию данных и информации о состоянии здоровья в Англии

Доступ к медицинской документации в Англии «Patient Online» - это программа, организованная Национальной службой здравоохранения Великобритании (NHS); она предназначена для поддержки общей врачебной практики в плане предложения и продвижения онлайн-услуг пациентам, включая доступ к закодированной информации, содержащейся в медицинской документации, к записи на прием и заказу повторных рецептов [4].

Эта услуга находится на ранней стадии адаптации и доступна для 50 миллионов пациентов в Англии. Пациенты, таким образом, могут направлять свои данные о состоянии здоровья через такой канал в любые инстанции.

Группе пациентов в английской клинике общей врачебной практики было предложено изучить собственную полную медицинскую карту и отметить те ее записи, которые они не хотели бы передавать в общенациональную базу [5]. Как и ожидалось, пациенты выбрали те фрагменты документации, которые имели социальный контекст, а также данные о некоторых заболеваниях. Эти фрагменты включали данные об инфекционных заболеваниях, проблемах с наркотиками и алкоголем, проблемах психического и социального здоровья,

сексуальных и гендерных проблемах, в том числе о беременности, контрацепции и генетике.

Какие были предложены технические решения, связанные с кодированием?

Медицинские карты содержат много сведений, соответственно существует ряд логистических проблем в отношении того, как пациенты могут выбрать и отметить разделы, которые они не хотят разглашать. Мы рассмотрели две стратегии для пациентов с целью выделения конфиденциальных данных, которые требуют согласия пациентов перед тем, как публиковать такие сведения. Первая представляла собой эвристическую систему, в которой пациенты проверяли все записи в своей карточке и отмечали данные, которыми они не хотели бы делиться.

Вторая представляла собой алгоритмическую систему, использующую логические функции уже собранных данных, закодированных и отсортированных в корневую классификацию для упрощения процесса для пациента. Работая с пациентами, мы использовали корневой каталог, закодированный с помощью распространенной МКБ-10 (Международной классификации болезней [6]), на базе медицинской карты общей врачебной практики и создавали программу обработки данных, которая распределяла их в разные папки. Затем на каждом приеме или при получении заключения врача пациент отмечал папки, которые он не хотел делать публичными без его согласия, а также те, которыми он готов был поделиться в регулируемой среде медицинских услуг.

Рассматривались следующие категории заболеваний:

Инфекционные/паразитарные болезни, новообразования, эндокринные/метаболические болезни, заболевания крови, психические расстройства, заболевания нервной системы/органов чувств, системы кровообращения, дыхательной системы, пищеварительной системы, мочеполовой системы, беременность/роды/ послеродовый период, заболевания кожи/подкожной клетчатки, костно-мышечной системы, врожденные аномалии, перинатальные расстройства, симптомы, признаки и неточно определенные состояния/ диагнозы, травмы/отравления, причины травм/отравлений

Программа обработки данных создавала в системе конкретное представление данных пациента, специальное для каждого типа доступа. Один обработчик отображал коды, призванные отразить структуру иерархии Рид-кодирования (стандартной системы клинических терминов, принятой в Великобритании). Другой обработчик создавал «папку» или сегмент с представлением данных пациента согласно кодам Рида и текст. В каждую «папку» были включены коды из раздела Рид. Папки были разработаны таким образом, чтобы отображать в них сведения о пациентах на протяжении жизни последних для облегчения использования системы с применением «запечатанных конвертов» в целях соблюдения конфиденциальности.

Каковы предлагаемые нами базовые стандарты для обработки конфиденциальных данных о здоровье?

По мнению наших пациентов и на наш взгляд [7,8]:

- Лица, работающие с информацией о частных лицах (в нашем случае врачи общей практики) более не должны отказывать в онлайн-доступе субъектам данных к их цифровым данным в реальном времени, если технология сможет позволить такой доступ. (В настоящее время в английском контексте в алгоритме сохранения конфиденциальности данных нет раздела, который отвечает за непосредственный доступ к цифровым данным.)
- Субъекты данных должны иметь возможность быть частью динамичного и непрерывного процесса принятия решения о том, какие аспекты сведений о них должны оставаться конфиденциальными и не разглашаться без их согласия.
- Конфиденциальные данные пациента (определенные пациентом в процессе наблюдения за их систематизацией в реальном времени в рамках возможностей современной технологии - или впоследствии, когда он рассматривает их, используя права доступа), должны быть закодированы в цифровом виде и записаны у в месте их возникновения в ходе их обработки.
- Субъекты данных должны иметь возможность участвовать в принятии решений о хранении и уничтожении своих данных. Мы полагаем, что одним из вариантов могло бы быть обязательное требование для лиц, работающих с информацией о частных лицах, связываться с субъектами данных, например, за 6 месяцев до планового уничтожения сведений медицинской карты, чтобы узнать их мнение о желательности сохранения данных или намерении передать их в другое место для обработки за свой счет. (Некоторые пациенты хотят, чтобы их медицинская документация была сохранена для семьи после их смерти. Их медицинские записи передаются членам семьи после того, как были выданы пациенту в бумажном или цифровом формате).
- Субъекты данных должны иметь доступ к сведениям об обращении третьих лиц и специалистов к их персональным данным, оформленным в цифровом виде.
- Лица, работающие с информацией о частных лицах (представляющие коммерческие и государственные организации) должны в соответствии с законом публиковать на своих веб-сайтах информацию о контрактах, которые они заключили с иными контролерами.
- Лица, работающие с информацией о частных лицах (представляющие коммерческие и государственные организации) должны публиковать информацию об обмене массивами персональных данных между контроллерами данных.

Результаты

Двадцать семь европейских вскоре примут законы, которые обеспечат должные этические и нравственные стандарты при передаче данных в системе здравоохранения. Ранее, данные, полученные в рамках профессиональной деятельности, хранились на бумажных носителях или в закрытых электронных хранилищах. Внедрение стандартов безопасности в отношении технологий, информации, клинических, моральных, организационных и правовых норм представляет возможность для повторной обработки и совместного использования персональных данных о состоянии здоровья специалистами и исследователями с согласия пациентов.

Грамотно разработанные и обновляемые системы кодирования и классификации вкупе с решением пациентов относительно распространения их данных являются способом создания личного морального фильтра для каждого гражданина при его обращении к собственным данным о состоянии здоровья с течением времени, при изменении обстоятельств, в ситуации обязательства государственной или коммерческой организации обрабатывать такие данные.

Обсуждение

Государство может принимать правовые акты в отношении стандартов безопасности, а также профессиональных, этических, клинических, технологических, административных, правовых и информационных стандартов обработки данных, но оно не может принимать законы в отношении морального выбора человека, что касается конфиденциальных данных.

Заключение

Необходимо обеспечить поддержку архитектуры электронного хранения медицинской документации в национальном и международном законодательстве, с позиций прав человека и технологического интерфейса, что позволит пациентам и гражданам осуществлять свой моральный выбор относительно того, кто может просматривать их данные. Мы хотели бы предложить обратиться в Организацию Объединенных Наций с предложением пересмотреть стандарты поддержки прав и обязанностей граждан с точки зрения обработки их данных о состоянии здоровья.

Список литературы

1. Directive 95/46/EC of the European Parliament and of the Council of 24 October 1995 // Official Journal of the European Communities, L 281/31-50, dated 23/11/1995.
2. European Commission COM(2012) 11 final 2012/0011 (COD). Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council on the Protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data (General Data Protection Regulation).

3. United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. – Available at: http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml (Accessed 16 November 2016).
4. NHS England. Patient Online. - Available at: https://www.england.nhs.uk/ourwork/pe/patient-online/ (Accessed 16 November 2016).
5. Powell J., Fitton R., Fitton C. Sharing electronic records – the patient's view" John, Richard Fitton, Caroline Fitton // PHCSG British Computer Society. Informatics in Primary Care. – 14(1). – 2006. – P.55-57. - Available at: https://hijournal.bcs.org/index.php/jhi/article/view/614 (Accessed 16 November 2016).
6. World Health Organisation. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. - Available at: http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en (Accessed 16 November 2016).
7. Fitton C., Fitton R., Hannan A., Fisher B., Morgan L. The impact of patient record access on appointments and telephone calls in two English general practices: a population based study // London Journal of Primary Care (Abingdon). – 6(1). – 2014. – P.8-15 - Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235347/ (Accessed 16 November 2016).
8. Shah S.G.S., Fitton R., Hannan A., Fisher B., Young T., Barnett J. Accessing personal medical records online: A means to what ends? // International Journal of medical informatics. – 84(2). – 2015. – P.111-118. - Available at: http://www.ijmijournal.com/article/S1386-5056(14)00193-2/pdf (Accessed 16 November 2016).

УДК 341.123:616-036.86]:004.056.53

Richard Fitton[1], Syed Ghulam Sarwar Shah[2], Amir Hannan[3]

THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES TO ACCESS AND SHARE THEIR ELECTRONIC HEALTH RECORDS, THE UNITED NATIONS, THE EUROPEAN UNION GENERAL DATA PROTECTION AND CODING AS A MEANS OF REPRESENTING PATIENTS' SELECTION AND MARKING OF SENSITIVE DATA NOT TO BE SHARED

[1]The Old Vicarage, Crowden, Glossop, Derbyshire, UK
[2]Multidisciplinary Assessment of Technology Centre for Healthcare, Department of Information Systems and Computing, Brunel University, London, UK
[3]Haughton Thronley House surgery Hyde Greater, UK

Keywords: electronic health records, patient, access, EU Legislation, data protection, United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities

Abstract. This paper presents the case for a global patient centred ethical governance of health data processing and suggests standards of data processing that a United Nation body might in the future have some responsibility for overseeing, balancing the roles industry, the State and the individual in the processing of personal health data.

The current law covering data processing in Europe is the European Data Protection Directive 95/46/EC [1]. The European Commission at Brussels COM (2012) 11/4 has accepted a proposal for a regulation of the European parliament and of the Council on the protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data (General Data Protection Regulation [SEC(2012) 72] and [SEC(2012) 73]) which comes into force in May 2018 [2].

The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities declares that "the States Parties to the present convention"

Recognize "the importance for persons with disabilities of their individual autonomy and independence, including the freedom to make their own choices" [3, Preamble, n],

Consider that "persons with disabilities should have the opportunity to be actively involved in decision-making processes about policies and programs, including those directly concerning them" [3, Preamble, o],

Recognize "the importance of accessibility to the physical, social, economic and cultural environment, to health and education and to information and communication, in enabling persons with disabilities to fully enjoy all human rights and fundamental freedoms" [3, Preamble, v],

"Undertake or promote research and development of, and to promote the availability and use of new technologies, including information and communications technologies, mobility aids, devices and assistive technologies, suitable for persons with disabilities, giving priority to technologies at an affordable cost" [3, Article 4, g],

"Promote access for persons with disabilities to new information and communications technologies and systems, including the Internet" [3, Article 9, 2, g];

"Promote the design, development, production and distribution of accessible information and communications technologies and systems at an early stage, so that these technologies and systems become accessible at minimum cost" [3, Article 9, 2, h].

Our work on consent, patient access, coding and health data in England

Record access in England Patient Online is an NHS England program designed to support GP practices to offer and promote online services to patients, including access to coded information in records, appointment booking and ordering of repeat prescriptions [4]. The service is at an early stage of adaption and is available to 50

million patients in England. Patients may share their health data in this way with whoever they wish.

A group of patients in an English General Practice were asked to examine their own complete medical record and to mark those parts of the record that they would not want to share with a national care record [5]. As expected the patients chose parts of their records that had a social context as well as a health service context. These parts of the record were data about infectious diseases, drug and alcohol problems, mental and social health issues, sexuality – including pregnancy and contraception and genetics.

What technical solutions arose that involved coding?

Medical records contain much data and there are logistical issues around how patients can select and mark which items they do not wish to share. We considered two strategies for patients to mark sensitive data that they wanted to be asked about before sharing.

The first was a heuristic system in which the patients checked through every entry in their notes and mark the data that they do not want to share.

The second was an algorithmic system that utilizes the intelligence of data that has already been collected, coded and sorted into its root classification to simplify the process for the patient. Working with patients we used the following common coded ICD-10 (International Classification of Diseases [6]) roots from the GP record and produced a data engine that put them into the following unique folders. The patient then marked the folders that they did not want to share without consent at each attendance or health data interaction and those that they would share within a regulated health service environment.

Following disease categories are considered:

Infectious/parasitic diseases, Neoplasm, Endocrine/metabolic, Blood diseases, Mental disorders, Nervous systems/senses, Circulatory system, Respiratory system, Digestive system, Genitourinary system, Pregnancy/childbirth/puerperium, Skin/subcutaneous tissue, Musculoskeletal, Congenital abnormalities, Peri-natal conditions, Symptoms, signs and ill defined conditions/working diagnoses, Injury/poisoning, causes of injury/poisoning

In the system data engines created specific views of the patients' data customized for each type of access. One engine displayed the codes to mirror the structure of the Read coding hierarchy. One engine created "folder" or chapter views of the patient Read codes and text. Each "folder" was populated by codes from its own Read code chapter. Folders were designed to manage lifelong records and to aid sealed envelope use for purposes of confidentiality.

What are our suggested standards globally for the processing of sensitive personal health data?

In our and our patients' opinions [7, 8]:

1. Data controllers (GPs in our particular case) should no longer be able to refuse online access to data subjects to all of their real time digital data if the technology can allow this access. (There is no section in the English current DPA that deals with immediate access to digital data)
2. Data subjects should have the option of being part of a dynamic and ongoing process of deciding which parts of their data are sensitive and not to be shared without consent.
3. Patient sensitive data (as defined by the patients as they view their data as it is being created with real time access to data that current technology allows– or later as they view it through their access rights) should be digitally coded and recorded at source as processing takes place.
4. Data subjects should have an opportunity to be involved in the decisions that are made about the retention and destruction of their data. We believe that one option would be a statutory requirement for data controllers to approach data subjects say 6 months before they destroy the data to see if the data subjects would like to have the data retained or to have it processed at their own expense elsewhere. (Some patients wish their medical records to be detained for their families after their death. They already pass on their records to family members when they have been given them in a hard or digital format.
5. Digital audit trails of access to personal data by third parties and professionals should be made available to the data subjects.
6. Commercial and State data controllers should be under statutory obligation to publish on their public facing websites the information sharing contracts that they have made with other data controllers.
7. Commercial and State data controllers should be obliged to publish the details of bulk transfers of personal data that they make from one data controller to another.

Findings

Twenty seven European countries are about to utilise laws that will support a better ethical and moral sharing of data for health care purposes. In the past professionally produced and stored data has been stored in paper or enclosed electronic silos. The introduction of technology security, information, clinical, moral, organisational and legal standards is presenting an opportunity for the re-cycling and sharing of personal health data with consent amongst professionals, researchers and patients.

Well established and developing coding and classification systems allied to patients' social definition of data may provide a way of adding a personal moral filter for each citizen to apply to his health data as his life and circumstances develop whatever the State or commercial organisation's default on sharing.

Discussion

The State can legislate for professional ethical, clinical, technological, security, administrative, legal and information governance standards for data processing but it cannot legislate for each individual's moral choice of sensitive data.

Conclusion

Electronic health record architecture will need to support and instantiate national and international legislation, human rights and the technological interface that allows patients and citizens to exercise their moral choices about who can see their data. We would suggest that the United Nations be asked to consider supervising standards to support citizens rights and responsibilities within the processing of their own health data.

References

1. Directive 95/46/EC of the European Parliament and of the Council of 24 October 1995 // Official Journal of the European Communities, L 281/31-50, dated 23/11/1995.
2. European Commission COM(2012) 11 final 2012/0011 (COD). Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council on the Protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data (General Data Protection Regulation).
3. United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. – Available at: http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml (Accessed 16 November 2016).
4. NHS England. Patient Online. - Available at: https://www.england.nhs.uk/ourwork/pe/patient-online/ (Accessed 16 November 2016).
5. Powell J., Fitton R., Fitton C. Sharing electronic records – the patient's view" John, Richard Fitton, Caroline Fitton // PHCSG British Computer Society. Informatics in Primary Care. – 14(1). – 2006. – P.55-57. - Available at: https://hijournal.bcs.org/index.php/jhi/article/view/614 (Accessed 16 November 2016).
6. World Health Organisation. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. - Available at: http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en (Accessed 16 November 2016).
7. Fitton C., Fitton R., Hannan A., Fisher B., Morgan L. The impact of patient record access on appointments and telephone calls in two English general practices: a population based study // London Journal of Primary Care (Abingdon). – 6(1). – 2014. – P.8-15 - Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235347/ (Accessed 16 November 2016).
8. Shah S.G.S., Fitton R., Hannan A., Fisher B., Young T., Barnett J. Accessing personal medical records online: A means to what ends? // International Journal of medical informatics. – 84(2). – 2015. – P.111-118. - Available at:

http://www.ijmijournal.com/article/S1386-5056(14)00193-2/pdf (Accessed 16 November 2016).

Corresponding author Dr Richard Fitton Richard.fitton1@btopenworld.com 07718901395

УДК 331.53

Пашкова С.Е.

ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ВОПРОСОВ ТРУДОУСТРОЙСТВА ИНВАЛИДОВ

ФГБУ «ВНИИ труда» Минтруда России,
Центр изучения трудовых отношений и рынка труда (Москва)

Pashkova S.E.

PROBLEMS OF IMPROVING LEGISLATIVE REGULATION OF THE EMPLOYMENT OF DISABLED PEOPLE

Russian Research Institute of Labour at the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, Department of the Center for the study of labor relations and labor market (Moscow)

Ключевые слова: содействие занятости инвалидов, механизм квотирования и резервирования рабочих мест, трудоустройство, гарантии.

Keywords: employment of people with disabilities, quota system device and reservation of jobs, employment, guarantees.

Аннотация. Статья посвящена решению проблем законодательного регулирования повышения уровня занятости лиц с ограниченными возможностями в России в рамках реализации положений ратифицированной Конвенции ООН о правах инвалидов. Предпринята попытка показать необходимость использования механизма резервирования рабочих мер для инвалидов в качестве правового инструмента по повышению уровня конкурентоспособности инвалидов на рынке труда. Анализ нормативных правовых актов субъектов России в сфере занятости инвалидов позволил выявить особенности системы мер по квотированию и резервированию рабочих мест, направленных на создание им равных с другими возможностей социальной интеграции.

Abstract. The article is dedicated to solving such an important state task as improving the employment rate level of people with disabilities in Russia in implementing the provisions ratified the Convention of the United Nations on the

Rights of Persons with Disabilities. The author of the present article has tried to show of obligatoriness of reservation of jobs for people with disabilities as a legal instrument of improvement the competitiveness of persons with disabilities. Analysis of normative legal acts Russian regions in the field of employment of persons with disabilities revealed qualities of the system of measures to improve of quotas and reservation of jobs and to justify the need for further improvement of mechanisms for the implementation of measures to promote employment of persons with disabilities.

В последние годы на государственном уровне уделяется значительное внимание повышению уровня конкурентоспособности инвалидов на открытом рынке труда. Однако ситуация с трудоустройством инвалидов остается еще достаточно сложной. Так, по данным Минтруда России в настоящее время около 3,9 млн инвалидов находятся в трудоспособном возрасте. При этом работает из них 948,8 тыс. человек или 24% от общей численности инвалидов трудоспособного возраста [1]. Государственной программой «Доступная среда» на 2011-2020 годы предусмотрено увеличение доли занятых инвалидов трудоспособного возраста в общей численности инвалидов трудоспособного возраста до 40% к 2020 году[2].

Сложившаяся ситуация на рынке труда свидетельствует, что трудоустройство инвалидов затруднено как по причине количественного превышения численности инвалидов, нуждающихся в трудоустройстве, над количеством подходящих для них вакансий, так и в связи с профессионально-квалификационным дисбалансом спроса и предложения для данной категории рабочей силы.

В целях выполнения положений статьи 27 Конвенции о правах инвалидов [3] по вопросам занятости и условий труда инвалидов, а также Федерального закона от 1 декабря 2014 года № 419-ФЗ [4], органам государственной власти субъекта Российской Федерации рекомендовано разработать и принять законодательные и иные нормативные правовые акты, в части проведения специальных мероприятий для предоставления инвалидам гарантий трудовой занятости.

Для обеспечения единых подходов к разработке региональных нормативных правовых документов Министерством труда и социального развития Российской Федерации совместно с ФГБУ Научно-исследовательским институтом труда и социального страхования Минтруда России в 2015 году была организована подготовка научно-обоснованных рекомендаций для субъектов Российской Федерации по правовому регулированию специальных мероприятий для предоставления инвалидам гарантий трудовой занятости.

К концу 2016 года в рамках выполнения поручения Правительства РФ [5] в большинстве субъектов России приняты нормативные правовые документы (Порядки, Положения) по правовому регулированию специальных мероприятий. Утвержденные Порядки предусматривают правовую регламентацию специальных мероприятий по: стимулированию создания работодателями дополнительных рабочих мест; квотированию и

резервированию рабочих мест для трудоустройства инвалидов; созданию инвалидам условий труда в соответствии с индивидуальными программами реабилитации; организации обучения новым профессиям; созданию условий для предпринимательской деятельности инвалидов.

Внесенные изменения в 2015 году в региональное законодательство по специальным мероприятиям предусматривают и регулирование мер по резервированию рабочих мест для инвалидов. Механизм резервирования рабочих мест для инвалидов тесно связан с вопросами квотирования рабочих мест.

В утвержденных субъектами Российской Федерации новых Порядков резервирования рабочих мест (далее по тексту – Порядков) определено, что под резервированием рабочих мест для инвалидов понимается выделение работодателями определенного количества резервируемых рабочих мест по профессиям, наиболее подходящим для трудоустройства инвалидов, в том числе проходящих профессиональное обучение или получающих дополнительное профессиональное образование по направлению казенных учреждений - центров занятости населения в муниципальных районах и городских округах. В большинстве Порядков зафиксировано, что резервируемые рабочие места по профессиям, наиболее подходящим для трудоустройства инвалидов, включаются в размер квоты для приема на работу инвалидов.

Перечень профессий, наиболее подходящих для трудоустройства инвалидов, определяется работодателем и центром занятости населения в договоре о резервировании рабочих мест для трудоустройства инвалидов в соответствии с постановлением Министерства труда Российской Федерации от 8 сентября 1993 года N 150 "О Перечне приоритетных профессий рабочих и служащих, овладение которыми дает инвалидам наибольшую возможность быть конкурентоспособными на региональных рынках труда" [6] и с учетом:

- потребности работодателя в рабочих местах и возможности работодателя обеспечить профессиональное обучение и дополнительное профессиональное образование работников;
- профессиональных качеств, нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности инвалидов, зарегистрированных в центре занятости в целях поиска подходящей работы или в качестве безработных;
- предоставления центром занятости населения в период действия договора о резервировании рабочих мест для трудоустройства инвалидов государственной услуги по организации профессиональной ориентации граждан в целях выбора сферы деятельности (профессии), трудоустройства и государственной услуги по профессиональному обучению и дополнительному профессиональному образованию безработных граждан, включая обучение в другой местности.

В ряде Порядков, принятых в Астраханской, Брянской, Тверской, Вологодской областях, а также в Красноярском крае прописано и использование при подборе профессий для резервирования рабочих мест

«Перечня рекомендуемых видов трудовой и профессиональной деятельности инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений их жизнедеятельности», утвержденного приказом Минтруда от 4 августа 2014 года № 515 [7].

Как показал анализ, в большинстве принятых субъектами РФ Порядков зафиксировано, что при невыполнении установленной квоты для приема на работу инвалидов по причине их несоответствия квалификационным требованиям, предъявляемым работодателями к профессиональным знаниям и навыкам, необходимым для исполнения должностных обязанностей, работодатели вправе резервировать рабочие места для инвалидов.

Резервирование рабочих мест для инвалидов производится работодателями, заключившими договор с центром занятости населения о резервировании рабочих мест для инвалидов, в том числе проходящих профессиональное обучение или получающих дополнительное профессиональное образование по направлению центров занятости населения.

Как правило, во всех Порядках было отражено, что выделение резервируемых рабочих мест для инвалидов на предприятии оформляется локальным нормативным актом работодателя. А инвалидам создаются условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации.

От резервирования рабочих мест для инвалидов освобождаются:

- общественные объединения инвалидов и образованные ими организации, в том числе хозяйственные товарищества и общества, уставный (складочный) капитал которых состоит из вклада общественного объединения инвалидов;
- работодатели, которые проходят процедуру реорганизации, а также находящиеся в стадии ликвидации или банкротства.

Резервированию не подлежат рабочие места, условия труда на которых отнесены к вредным и (или) опасным условиям труда по результатам аттестации рабочих мест по условиям труда или результатам специальной оценки условий труда. Такие же условия содержатся и в региональных Порядках по квотированию рабочих мест для инвалидов.

Важно отметить, что в ряде нормативных документов по резервированию, утвержденных на уровне субъектов РФ, прописано, что работодатели, которым квота для приема на работу инвалидов не установлена, вправе резервировать рабочие места для инвалидов, в том числе на основании договоров, заключенных с государственными учреждениями службы занятости населения.

Интересен опыт субъектов РФ по формированию кадрового резерва в целях резервирования рабочих мест (Владимирская область, Ставропольский край). Кадровый резерв инвалидов - это сформированная в центрах занятости база данных граждан, являющихся инвалидами, из числа зарегистрированных в целях поиска подходящей работы или безработных граждан, имеющих одну или несколько профессий, отнесенных к числу приоритетных в соответствии с Перечнем рекомендуемых видов трудовой и профессиональной деятельности

инвалидов. Условиями включения гражданина в кадровый резерв инвалидов являются:

- проживание гражданина на территории региона;
- наличие у гражданина одной или нескольких профессий, наиболее подходящих для трудоустройства инвалидов;
- наличие индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, содержащей рекомендации по трудоустройству.

А в принятом в Орловской области Порядке предусмотрен совершенно иной механизм. Так, резервирование рабочих мест осуществляется путем формирования и ведения кадрового резерва из числа работников предприятия, имеющих инвалидность для последующего трудоустройства на освободившееся зарезервированное рабочее место.

При проведении опросов службами занятости регионов среди работодателей было выявлено, что внедрение механизма резервирования рабочих мест для инвалидов окажет определенное негативное воздействие на субъекты предпринимательской деятельности - в части возложения обязанности по сохранению рабочего места, которое может простаивать в случае отсутствия кандидата в лице инвалида, и перераспределения нагрузки на других участников рабочего процесса.

Принятие на уровне субъектов РФ Порядков резервирования рабочих мест обеспечит реализацию специальных мероприятий исключительно для инвалидов, позволит работодателям учитывать особенности условий труда, профессии при создании рабочих мест для инвалидов, их трудоустройстве в рамках исполнения законодательства о квотировании рабочих мест инвалидам.

Список литературы

1. Министр М.Топилин. К 2020 году будет утвержден стандарт услуги по сопровождению молодых инвалидов при трудоустройстве. URL: http://www.rosmintrud.ru/social/invalid-defence/331/.
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2015 г. № 1297 Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Доступная среда" на 2011 - 2020 годы.
3. Конвенция о правах инвалидов: принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г. – URL:http://ombudsmanspb.ru/fi les/ fi les/OON_02_site.pdf.
4. Федеральный закон от 1 декабря 2014 г. 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" (с изменениями и дополнениями).
5. Поручение заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О. Голодец от 4 февраля 2015 года № ОГ-П12-571 О разработке в субъектах Российской Федерации проектов законодательных и иных нормативных правовых актов, необходимых для реализации Федерального закона от 1 декабря 2014 года № 419-ФЗ «О

внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов».
6. Постановление Министерства труда Российской Федерации от 8 сентября 1993 г. №150 «О перечне приоритетных профессий рабочих и служащих, овладение которыми дает инвалидам наибольшую возможность быть конкурентоспособными на региональных рынках труда».
7. Приказ Минтруда России №515 от 4 августа 2014 г. «Об утверждении методических рекомендаций по перечню рекомендуемых видов трудовой и профессиональной деятельности инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений их жизнедеятельности».
8. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный закон Российской Федерации 24.11.1995 №181-ФЗ: ред. от 21.07.2014, с изм. от 01.12.2014 // СПС «Консультант Плюс». URL: http:// www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_166137/.
9. Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации на 2015 – 2017 годы. Утвержден на заседании коллегии Минтруда России 03.04.2015] URL: http://www.rosmintrud.ru/ministry/about/reports/2.
10. Информация Министерства труда и социальной защиты РФ от 03.04.2013 «О реализации мер, направленных на развитие трудовой занятости инвалидов». URL:http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/migration/12.

УДК 364.016

Архипова О.А.

НЕРАВЕНСТВО ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПРИ РАВЕНСТВЕ ПРАВ

СПб ГБУСОН «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Петродворцового района Санкт-Петербурга», Санкт-Петербург

Arkhipova O.A.

INEQUALITY OF OPPORTUNITIES WITH THE EQUALITY OF RIGHTS

SPb SBISS “The Centre for social rehabilitation of disabled people and children with disabilities of Petrodvorets district of St. Petersburg”, St. Petersburg

Ключевые слова: инвалидность, социальная работа, социальная модель инвалидности, социальная защита

Key words: disability, social work, the social model of disability, social security

Аннотация. В статье описаны различные модели инвалидности, а также особенности социальной модели инвалидности. Правильное понимание инвалидности и подхода к ней необходимо для построения грамотной социальной политики государства.

Abstract. This article describes the different model of disability, also the features of the social model of disability. A proper understanding of disability and the approach to it is necessary to build a competent state social policy.

«Инвалидность должна рассматриваться
не как проблема отдельного человека,
а как проблема общества».
Сергей Миронов, лидер политической партии
«Справедливая Россия»

На сегодняшний день одним из показателей развитости государства является проведение им эффективной социальной политики. Именно поэтому в ст. 7 п. 1 главного закона страны – Конституции – зафиксирован тезис о России как о социальном государстве. Следует отметить, что в России сегодня осуществляется большая работа по оказанию эффективных социальных услуг людям с инвалидностью. Подтверждением сказанного являются следующие факты: ратификация Конвенции ООН о правах инвалидов в 2012 году, принятие Федерального закона «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» от 28.12.13 № 442-ФЗ, реализация государственной программы «Доступная среда»

Для того чтобы в перспективе разработать продуктивную стратегию в области социальной защиты людей с инвалидностью, необходимо изучить различные модели понимания инвалидности. В данном контексте, можно отметить тот факт, что выбор оптимальной модели в России имеет большое значения для развития социальной политики нашей страны.

Дискуссия о том, что представляет собой понятие «инвалидность», продолжается. Эксперты отмечают, что движение за соблюдение прав людей с инвалидностью в развитых странах находится в начале пути и развивается по схеме феминистских движений. Поэтому, по мнению специалистов этой области, активность движения за соблюдения прав лиц с инвалидностью будет возрастать. В свою очередь, активность данных движений приводит к сильнейшей трансформации сознания самих людей с инвалидностью и формированию у них собственных взглядов на социальную политику государства в данной области.

Инвалидность – это термин, который объединяет различные нарушения, ограничения активности и возможного участия в жизни общества. Нарушения – это те проблемы, которые возникают в функциях или структурах организма; ограничения активности – это те трудности, которые испытывает человек в выполнении каких-либо заданий; в то время как ограничения участия – это проблемы, испытываемые человеком при вовлечении в общественную жизнь.

Таким образом, инвалидность – это сложный феномен, отражающий взаимодействие особенностей организма человека и особенностей общества, в котором этот человек живет [7].

Инвалидность – это индивидуальное для каждого состояние, но при частом повторении его в обществе оно приобретает общесоциальное значение. Инвалидность как социальное явление имеет неоднозначную трактовку, т.к. многочисленные в своем разнообразии источники дают разные определения. Например, «инвалидность (от лат. invalidus — слабый, немощный), постоянная или длительная, полная или частичная потеря трудоспособности в своей профессии вследствие болезни или увечья» [5]. Такая трактовка, как можно заметить, учитывает лишь медицинские характеристики, и не отражает социальной сущности инвалидности. Тогда как определение данного понятия следует раскрывать с учетом социальных параметров, как «лицо, имеющее социальную недостаточность в результате врожденного или приобретенного нарушения здоровья, а также наличия социальных, психологических, экономических, нравственных и иных ограничений, препятствующих самостоятельному удовлетворению потребностей и независимому функционированию» [2].

На сегодняшний день в области социальной защиты лиц с инвалидностью существует в основном две стратегии. Первую стратегию исследователи называют стратегией эксклюзивности. Данная стратегия направлена на признания человека с инвалидностью нетрудоспособным и нуждающимся в социальной опеке общества. Это требует отгорожения его от проблем и забота о нем. Вторая стратегия называется инклюзивной стратегией, которая предполагает интеграцию человека с инвалидностью в жизнь общества, конечной целью данного процесса, является формирования в перспективе инклюзивного общества.

В области социальной политики государства, можно выделить диаметрально противоположенные концепции понимания инвалидности: концепция патернализма «концепция социального обеспечения» и инновационная концепция «концепция гражданских прав» [1]. В свою очередь данные концепции базируются на различных моделях инвалидности. Патерналистская концепция инвалидности, включает в себя следующие модели:

1. Историческая модель понимания инвалидности;
2. Медицинская модель понимания инвалидности;
3. Реабилитационная модель понимания инвалидности.

Историческая модель инвалидности определяла данный феномен, как позор и наказание за грехи. К сожалению, многие культуры и субкультуры и в наши дни часто ассоциируют инвалидность с низким социальным статусом. Эта модель не приемлема для людей с ограниченными возможностями, так как она порождает социальный остракизм (изгнание) людей с инвалидностью, так как считается, что инвалидность является позором для всей семьи. Хочется

отметить, что эта модель в современной практике при построении социальной политики не применяется вообще.

Медицинская модель инвалидности связана с бурным развитием медицины в Новое время. Даная модель рассматривает физическое и психическое различие людей в рамках таких терминов, как «патология», «отклонение» или «дефект». Социальный статус человека с инвалидностью по медицинской модели может быть повышен только тогда, когда он сможет излечиться от своих устойчивых заболеваний. С этой точки зрения получается, что роль больного закреплялась за человеком с инвалидностью навсегда. Таким образом, инвалидность в медицинской модели рассматривается как дефект, не позволяющий ему участвовать в традиционной социальной жизни общества. Поэтому должна существовать специальная сеть интернатов, изолирующих людей с инвалидностью. Также медицинская модель инвалидности рассматривает людей с инвалидностью как объект, а не субъект социальной политики государства в области инвалидности.

Реабилитационная модель инвалидности возникла в США после Второй мировой войны, когда увеличилось число людей с инвалидностью вследствие военных действий. В это время многие ветераны войны стали нуждаться в медицинских услугах и в программах интеграции их в общество. Данную модель инвалидности многие эксперты стали называть дискриминационной моделью, поскольку институты государственной службы были недоступны для людей с инвалидностью. Следует отметить, что медицинская и реабилитационная модели инвалидности очень близки друг другу, и многие исследователи полагают, что реабилитационная модель инвалидности является продолжением медицинской модели.

С процессом крушения идеи государственного благосостояния связан процесс распространения и развития инновационной концепции инвалидности, которая в свою очередь базируется на социальной модели инвалидности.

Необходимо отметить, что в социальной модели инвалидности данный феномен понимается как социальная проблема, так как считается, что ограничение возможности человека – это не проблема организма человека и не его вина, а проблема окружающий среды. Социальная модель инвалидности возникла благодаря деятельности самих людей с ограниченными возможностями. Социальная модель инвалидности акцентирует внимание на взаимодействии человека и окружающей среды. Следует отметить, что сегодня социальная модель инвалидности воспринимается многими цивилизованными государствами в качестве официальной концепции социальной политики в области инвалидности. Это связано, на наш взгляд, с тем, что социальная модель рассматривает инвалидность не как проблему организма человека, а как проблему окружающий среды.

В ряде стран, таких как США, Германии, Великобритании, обеспечено доступное, а самое главное, достойное существование людей с ограниченными возможностями. Обобщая опыт зарубежных стран, можно выделить американскую и европейскую модели. Несмотря на схожесть выполняемых

задач, имеет место ряд отличий в подходах, организации и методах. Так, в США инвалиды в первую очередь обеспечиваются пенсией и страхованием от несчастных случаев. Социальная поддержка осуществляется с помощью специализированных общественных фондов и организаций для людей с ограниченными возможностями, так как они привлекаются муниципалитетами для оказания инвалидам значительной части положенных по закону услуг. Интересна практика социального обслуживания людей с ограниченными возможностями в Великобритании. Организации, оказывающие такую помощь, делятся на 3 группы: местные власти, предоставляющие большую часть социальных услуг людям с ограниченными возможностями; частные владельцы домов, которые зарабатывают тем, что обеспечивают уход; общественный сектор – благотворительные организации, которые оплачивают расходы за счет гонораров за услуги, пожертвований отдельных граждан и государственных фондов [6, 245].

Проведя анализ различных моделей инвалидности, можно прийти к выводу, что патерналистская концепция и концепция гражданских прав являются взаимодополняемыми в социальной политике государства. Опыт развитых стран, показывает, что, несмотря на провозглашение ими приоритета концепции гражданских прав, государства сохраняют в своей социальной политике концепцию социального обеспечения. Думается, что это связано со следующими факторами. Во-первых, существуют различные степени инвалидности. Во-вторых, в зависимости от степени не все люди с инвалидностью могут сделать осмысленный выбор и принять самостоятельные решения, поэтому нуждаются в помощи государства. В-третьих, в силу инвалидности немногие могут конкурировать на рынке труда, поэтому нуждаются в дополнительной поддержке государства.

Современные государства в процессе проведения политики в области инвалидности в первую очередь должны вовлекать самих людей с ограниченными возможностями в процесс принятия решений, касающихся их самих. В свою очередь, люди с инвалидностью должны активней вовлекаться в социально-политические процессы как национального, так и международного уровня.

Для полноценной реабилитации инвалидов необходим комплексный многопрофильный подход к восстановлению способностей человека в профессиональной, бытовой и общественной деятельности на соответствующем его потенциалу уровне, с учетом особенностей микро- и макросоциального окружения. Конечной целью такой реабилитации является предоставление человеку с инвалидностью возможности относительно независимой жизнедеятельности. С этой точки зрения реабилитация предотвращает разрыв связей человека с окружающим миром и выполняет профилактическую функцию [8, 29].

Организация системы социальной помощи, поддержки и защиты инвалидов требует учёта «внутренних» особенностей этой категории людей: возраста, возможности трудиться, способности к передвижению и т.п. Этим

определяются основные виды инвалидности, ставящие специфические задачи перед социальными работниками, медиками, педагогами и другими специалистами. Виды инвалидности можно выделять и анализировать по целому ряду оснований: по возрастным характеристикам, по степени ограничения функций, способности передвигаться, способности к труду, по происхождению инвалидности и т.д. И в соответствии с классификацией инвалидов как социальной категории в обществе разрабатывается и реализуется соответствующая социальная политика, направленная на защиту интересов этой группы людей.

Список литературы

1. Абдухалилов А. А. Модели понимания инвалидности в социальной политике государства // Научно-издательский центр «Социосфера» [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.sociosphera.com/publication/conference/2014/252/modeli_ponimaniy_invalidnosti_v_socialnoj_politike_gosudarstva/
2. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора социологических наук. Ювенальная инвалидность в России: теоретический и эмпирический анализ социальных практик [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.pandia.ru/text/77/113/141.php
3. Баранова, Т.В. Реабилитация молодых инвалидов. СПб. 2009. №6. С. 28-29
4. Безбарьерное пространство для инвалидов [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.dislife.ru/flow/theme/11915/
5. Большая советская энциклопедия [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://enc-dic.com/enc_sovet/Invalidnost-19910.html
6. Зарубежный опыт социальной работы [Текст]: Учебное пособие / Е.И. Холостова, А.Н. Дашкина, И.Е. Малофеев. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2012. 245 с.
7. Ким Е.Н. Об аспектах социальной политики, затрагивающей интересы людей, имеющих инвалидность[Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.who.int/topics/disabilities/ru/
8. Понятовская, О. Как обустроить жизнь //Социальная защита. – 2009. – №5. – С. 28-32.

УДК 341.176:616-036.865.1](083.9)

Сатиш Мишра

Глобальный план действий в отношении лиц с инвалидностью, 2014-2021 гг.: Улучшение здоровья ВСЕХ людей с ограниченными возможностями

Всемирная организация здравоохранения

Satish Mishra

Global Disability Action Plan 2014-2021: Better health for ALL people with disability

World Health Organization

Ключевые слова: Реабилитация, Инвалидность, Здоровье, Человек с ограниченными возможностями - Политика и службы, Всемирная организация здравоохранения.

Keywords: Rehabilitation,Disability, Health, Person with disabilities – Policy and services, World Health Organization.

Аннотация: 15% мирового населения или 1 миллиард человек живет с той или иной формой инвалидности, и число людей с ограниченными возможностями растет. Люди с ограниченными возможностями сталкиваются с всеобъемлющими барьерами в доступе к услугам в области здравоохранения, образования, занятости, транспорта и информации. В глобальном плане по борьбе с инвалидностью на 2014-2021 годы, разработанном Всемирной организацией здравоохранения, изложены предполагаемые действия ВОЗ, государств-членов и партнеров организации по укреплению и расширению возможностей реабилитации.

Abstract: 15% of the world population or 1 billion people live with some form of disability and the number of people with disabilities is growing. People with disabilities face widespread barriers in accessing services in health, education, employment, transport as well as information. The WHO global disability action plan 2014-2021 lays out actions for WHO, Member States and partners towards the objective of strengthening and extending rehabilitation.

Статья: инвалидность является глобальной проблемой общественного здравоохранения, важным вопросом в контексте прав человека и приоритетом развития. В мире насчитывается более 1000 миллионов людей с инвалидностью, то есть примерно каждый седьмой. Из этого числа 110 - 190 миллионов взрослых испытывают значительные трудности в повседневной жизни. Согласно подсчетам, только 2% инвалидов в странах с низким и средним уровнем дохода имеют доступ к услугам реабилитации.

Во всем мире существует значительная и все возрастающая неудовлетворенная потребность в реабилитации, которая особенно остро стоит в странах с низким и средним уровнем дохода. Новые технологии в лечении и усовершенствование работы системы здравоохранения привело к повышению выживаемости от болезней и травм, и многие люди продолжают жить, однако, с худшим качеством. Это, в сочетании с повышением распространенности неинфекционных заболеваний и усиленным старением населения, влечет растущую необходимость в реабилитационных услугах. Во многих странах мира, тем не менее, возможность обеспечения реабилитации ограничена или отсутствует, и имеющийся ресурс не в состоянии адекватно удовлетворять нужды населения.

Барьеры на пути расширения масштабов реабилитации указывают на необходимость повышения информированности об этой проблеме и информационно-пропагандистской деятельности; необходимость увеличения объема инвестиций в подготовку специалистов по реабилитации и в

соответствующую инфраструктуру; необходимость усовершенствования работы властных структур. Скудные сведения о возможностях реабилитации, в частности, с точки зрения системного уровня, свидетельствуют о необходимости разработки должного технического руководства и политики. Масштаб и объем неудовлетворенных потребностей в реабилитации говорит о настоятельной необходимости согласованных и скоординированных глобальных действий со стороны всех заинтересованных лиц. Актуализация такого видения требует значительных инвестиций, доступности технических средств и поддержки а также, что важно, сильной политической воли.

В глобальном плане по борьбе с инвалидностью на 2014-2021 годы, разработанном Всемирной организацией здравоохранения, изложены предполагаемые действия ВОЗ, государств-членов и партнеров организации по укреплению и расширению возможностей реабилитации. Глобальный план определяет меры по оказанию помощи государствам-членам по приведению их национальной политики и планов по линии здравоохранения и реабилитации в соответствие с Конвенцией по правам инвалидов. Реабилитация играет фундаментальную роль в достижении целей экоустойчивого развития 3, «для обеспечения здорового образа жизни и повышения благосостояния людей всех возрастов».

Глобальный план действий по борьбе с инвалидностью призывает к устранению барьеров и облегчению доступа к услугам и программам в области здравоохранения; к укреплению и расширению возможностей реабилитации, в том числе обеспечению доступа к вспомогательным устройствам и службам поддержки, расширению реабилитации локального уровня; он призывает улучшить систему сбора релевантных и сопоставимых на международном уровне данных по нетрудоспособности, а также усилить научные исследования по вопросам инвалидности и соотнесенных услуг. Достижение целей плана действий поможет людям с ограниченными возможностями и иным лицам,

испытывающим трудности жизненного функционирования по целому ряду причин, осуществить свои устремления во всех аспектах.

Цели экоустойчивого развития и их акцент на справедливости и всеобщем охвате системой медицинского обеспечения предлагают возможность усилить реабилитацию и оздоровить медицинское сообщество в плане укрепления и расширения к 2030 году системы реабилитации как важного шага на пути к здоровому образу жизни и благосостоянию.

Список литературы:

1. Всемирная организация здравоохранения и Всемирный Банк, *Отчет об инвалидности в международном масштабе*. 2011, Женева, Швейцария: Пресс-ВОЗ.
2. Всемирная организация здравоохранения (2015). ВОЗ: *Глобальный план действий в отношении лиц с инвалидностью, 2014-2015. На пути к улучшению состояния здоровья всех людей с ограниченными возможностями*. Пресс-ВОЗ.
3. Всемирная организация здравоохранения, *Статистика здравоохранения в международном масштабе, 2016 г. Мониторинг состояния здоровья для достижения экоустойчивых целей развития*. 2016 г., Женева, Швейцария: Пресс-ВОЗ.
4. Организация Объединенных Наций. *Платформа знаний для устойчивого развития. Цели экоустойчивого развития*. 2015 г.

УДК 341.176:616-036.865.1](083.9)

Satish Mishra

Global Disability Action Plan 2014-2021: Better health for ALL people with disability

World Health Organization

Keywords: 1. Rehabilitation. 2. Disability. 3. Health. 4. Person with disabilities – Policy and services. 5. World Health Organization.

Abstract: 15% of the world population or 1 billion people live with some form of disability and the number of people with disabilities is growing. People with disabilities face widespread barriers in accessing services in health, education, employment, transport as well as information. The WHO global disability action plan 2014-2021 lays out actions for WHO, Member States and partners towards the objective of strengthening and extending rehabilitation.

Paper: Disability is a global public health issue, a human rights issue and a development priority. There are more than 1000 million people with disability globally, that is about one in seven people. Of this number, between 110 million and

190 million adults experience significant difficulties in functioning. It is estimated that only 2% of people experiencing disability in low- and middle-income countries have access to rehabilitation services.

There is a substantial and ever-increasing unmet need for rehabilitation worldwide, which is particularly profound in low- and middle-income countries. Improvements in medical treatment and healthcare systems have resulted in higher survival rates from disease and injury, with many people continuing to live with some form of residual impairment. This, in combination with rising prevalence of noncommunicable diseases and the ageing population, implies a growing demand for rehabilitation services. In many parts of the world, however, the capacity to provide rehabilitation is limited or non-existent and fails to adequately address the needs of the population.

The barriers to scaling up rehabilitation indicate a need for greater awareness and advocacy, increased investment into rehabilitation workforce and infrastructure, and improved leadership and governance structures. The scarcity of evidence for rehabilitation, particularly from a system-level perspective, presents a challenge for the development of technical guidance and policy making. The magnitude and scope of unmet rehabilitation needs signals an urgent need for concerted and coordinated global action by all stakeholders. The actualization of this vision requires considerable investment, the availability of technical tools and support, and importantly, strong political will.

The WHO global disability action plan 2014-20212 lays out actions for WHO, Member States and partners towards the objective of strengthening and extending rehabilitation. The global disability action plan outlines measures to assist Member States to align their national health and rehabilitation policies and plans with the Convention on Rights of Persons with Disabilities. Rehabilitation plays a fundamental role in achieving Sustainable Development Goal (SDG) 3, "Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages".

The global disability action plan calls to remove barriers and improve access to health services and programmes; strengthen and extend rehabilitation, assistive devices and support services, and community-based rehabilitation; and enhance collection of relevant and internationally comparable data on disability, and research on disability and related services. Achieving the objectives of the action plan better enables people with disabilities and other persons who experience difficulties in functioning due to a wide range of conditions to fulfil their aspirations in all aspects of life.

The SDGs and their emphasis on equity and universal health coverage offer opportunity to mobilize the rehabilitation and broader health community towards strengthening and extending rehabilitation as an essential step towards ensuring healthy lives and promoting well-being by 2030.

References:

1. World Health Organization and The World Bank, *World report on disability*. 2011, Geneva, Switzerland: WHO Press.

2. World Health Organization (2015). *WHO global disability action plan 2014-2015. Better health for all people with a disability*. WHO Press.
3. World Health Organization, *World Health Statistics 2016. Monitoring Health for the SDGs*. 2016, Geneva, Switzerland: WHO Press.
4. United Nations. *Sustainable Development Knowledge Platform. Sustainable Development Goals*. 2015

Торнес Хильде

МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРОГРАММА РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ

Коммуна Берген,
Фуса, Норвегия

Ключевые слова: Программа обучения родителей, ресурсно-ориентированный подход, информационно-разъяснительная работа с родителями

Keywords: Parental guidance program, resource oriented approach, sensitization of parents

Аннотация:

Международная программа развития детей – это программа, направленная на развитие и тренировку компетенций для оказания социально-психологической и образовательной помощи детям, в том числе, детям, находящимся в зоне риска. Она направлена на когнитивное, социальное и эмоциональное развитие ребенка и характеризуется ресурсно-ориентированным подходом.

Abstract:

The ICDP program is an international competence building and training program for psychosocial and educational care for children, in general and for children at risk. It focuses on the cognitive, social and emotional development of the child and has a resource oriented approach

Международная программа развития детей базируется на идее, что лучший способ помочь уязвимым детям - помогая их опекунам. Основная направленность программы – сенситивный, эмпатический подход, а также взаимодействие между ребенком и воспитателем. Программа имеет три основные цели:

- содействовать пониманию воспитателем важности взаимодействия между ним и ребенком для должного развития ребенка
- содействовать созданию позитивной концепции и доброго отношения к ребенку

– помочь развитию опыта воспитателя в качестве компетентного опекуна, умеющего преодолевать трудности

Программа имеет особое значение для воспитателей детей младшего возраста, но также она применима к старшим детям, подросткам и людям старшего возраста. Она нацелена не только на родителей, но также на ее освоение иными воспитателями, в частности, в детских садах, разных учреждениях и детских домах.

Программа была разработана в начале 1990-х годов двумя норвежскими психологами, профессором Карстеном Хундейде и профессор Хеннингом Райем. Он используется во всем мире, более чем в 40 странах мира. Она опирается на Конвенцию ООН о правах ребенка 1989 г. и утверждена в качестве программы по охране психического здоровья Чрезвычайным фондом помощи детям при Организации Объединённых Наций и Всемирной организацией здравоохранения. В Норвегии программа реализуется Управлением по делам детей, молодежи и семьи.

Международная программа развития детей базируется на пяти основных принципах:

– Концепция воспитателей ребенка и их роли в качестве лиц, обеспечивающих уход
– Восемь тем для позитивного взаимодействия/три диалога
– Эмоциональный диалог
– Смысло-ориентированный продолжающийся диалог
– Регулятивный диалог
– Семь принципов сенсибилизации
– Принципы реализации
– Проекты для специальных целевых групп

Программа основана на групповых занятиях. Родители, как правило, посещают около восьми групповых встреч, на которых выступают восемь - десять других лиц, обеспечивающих уход за детьми. Методика основана на анализе собственной деятельности присутствующих, и родителям даются задания/упражнения в период между занятиями.

Международная программа развития детей программа адаптирована для лиц, обеспечивающих уход за детьми-инвалидами. Основные компоненты программы – те же самые, но есть дополнительный акцент на психологическую уязвимость родителей детей-инвалидов и их особую заботу о развитии своего ребенка, так как родители играют большое значение в жизни ребенка. После прохождения занятий родители, как правило, демонстрируют выраженную обратную связь и позитивные результаты; они особенно ценят возможность общаться с другими родителями, испытывающими аналогичные проблемы.

Tørnes Hilde

International Child Development Program applied for children with special needs

Bergen Kommune,
Fusa, Norway

Keywords: Parental guidance program, resource oriented approach, sensitization of parents

Abstract: The ICDP program is an international competence building and training program for psychosocial and educational care for children, in general and for children at risk. It focuses on the cognitive, social and emotional development of the child and has a resource oriented approach

The ICDP approach is based on the idea that the best way to help vulnerable children is by helping their caregivers. The program has sensitive, empathic care with interaction between the child and caregiver as its main focus. There are three main goals:

- to influence the caregiver's understanding of the importance of interaction between child and caregiver for the child's development.
- to enhance a positive concept and attitude to the child
- to enhance the caregiver's experience of herself as competent and mastering

The program is particularly relevant to caregivers of young children, but is also applicable to elder children, teenagers and elderlies. In addition to addressing the parents, it is also used in relation to other caregivers, such as those in kindergardens, institutions and orphanages.

The program was developed in early 1990ies by two Norwegian psychologists, Professor Karsten Hundeide and Professor Henning Rye. It is used worldwide, in more than 40 countries. and is built on UN 1989 Convention on the Rights of the Child and is adopted as a mental health program by UNICEF and WHO. In Norway the program is implemented by the Directorate for Children, Youth and Family Affairs. The program is community based and facilitators get their trainings through three workshops conducted by trainers. License to use the program is issued by ICDP International.

The ICDP program has five main pillars:

Caregivers concept of the child and their role as caregivers
Eight themes for positive interaction / three dialogues
The emotional dialog
The meaning-oriented and expanding dialog
The regulative dialog
Seven sensitization principles
Principles of implementation
Projects for special target groups

The program is group based. Parents usually attend about eight group meetings with eight to ten other caregivers. The methodology is based on own activity and parents have tasks/exercise in between meetings.

The ICDP program has been adapted to caregivers with children with disabilities. The program can be used in combination with other programs. The main components of the program are the same, but there is extra emphasis put on parent's vulnerability and concern about the development of their child, but also parents great importance in the child's life. Parents usually give overall positive feedback after these meeting, and especially value being together with other parents with similar challenges as their own.

УДК 616/618-036.865(476)

Смычек В.Б.

О СОСТОЯНИИ ИНВАЛИДНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации Минздрава Республики Беларусь, Минск, Беларусь

Smychek V.B.

STATUS OF DISABILITY IN THE REPUBLIC OF BELARUS

National Science and Practice Center of Medical assessment and Rehabilitation Ministry of Health of the Republic of Belarus, Minsk, Republic of Belarus

Ключевые слова: инвалид, инвалидность

Keywords: person with disabilities, disability

Аннотация. В статье излагаются современные подходы к определению понятия «инвалидность», статистические данные инвалидности в Республике Беларусь, анализируются причины роста уровня инвалидности.

Abstract. The article presents modern approaches to the definition of "disability", disability statistics in the Republic of Belarus, analyzes the reasons for the growth of the level of disability.

Одной из важнейших задач современного общества является сохранение и укрепление здоровья народа, снижение уровня первичного выхода на инвалидность и тяжести инвалидности, государственная поддержка и социальная защита инвалидов. В статье 45 Конституции Республики Беларусь говорится, что «государство создает условия доступного для всех граждан медицинского облуживания, а в статье 47 утверждается, что «гражданам Республики Беларусь гарантируется право на социальное обеспечение в старости, в случае болезни, инвалидности, утраты трудоспособности» [1].

Инвалидность – важная не только медицинская, но и социальная, профессиональная, экономическая проблема современного общества, всего

человечества. Но ее не нужно рассматривать только как следствие тяжелого заболевания или увечья, препятствующего полноценному функционированию индивидуума в обществе. Требуется анализ причин, приводящих человека к ограничению жизнедеятельности и как следствие к инвалидности, нужна оценка демографической ситуации в целом, анализ современных подходов к проблеме инвалидности, поиск путей решения ключевых сложных вопросов.

В 2006 году Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций принята Конвенция ООН о правах инвалидов (включающая отсутствие дискриминации, право на охрану здоровья, включая медицинское обслуживание, лечение и реабилитацию, доступность среды жизнедеятельности, право на труд, право на личную жизнь) [2]. В 2015 году Республика Беларусь присоединилась к Конвенции о правах инвалидов, а Президент страны А.Г. Лукашенко подписал соответствующий Указ [3].

Следует сразу оговориться, что проблема инвалидности существует, и будет существовать далее. Необходимо постепенно совершенствовать систему оказания экспертно-реабилитационной помощи, искать новые подходы к определению инвалидности, совершенствовать систему дифференцированной социальной помощи конкретному человеку для компенсации имеющихся ограничений жизнедеятельности и его последующей социальной реинтеграции.

Инвалидность является проблемой не только медицинской, но также социальной и юридической в силу того, что во многих странах, по мнению ВОЗ, люди с инвалидностью страдают от неравенств, подвергаются многочисленным нарушениям прав человека [4].

Инвалидность следует рассматривать как юридическое понятие еще и в силу того, что установление инвалидности дает право человеку либо прекратить работу, либо перейти на работу низшей квалификации или значительно меньшего объема. При этом в зависимости от законодательства в разных странах инвалиду должна в той или иной мере оказываться государством помощь в рациональном трудоустройстве.

Кроме того, инвалидность следует рассматривать и как социально-экономическое явление, так как она может быть причиной более низшего жизненного уровня и бедности в результате отсутствия доступа к образованию, занятости, получению дохода и в результате более высоких расходов, связанных с инвалидностью.

Наконец инвалидность следует рассматривать как динамическую категорию. Она не является застывшей формой, стабильным состоянием. Под влиянием лечения и реабилитации, рационального трудоустройства с прекращением работ в прежних производственных условиях состояние здоровья пациента может значительно улучшиться. Однако, к сожалению, возможен и обратный вариант: в связи с неблагоприятным течением заболевания, возникающими осложнениями может происходить ухудшение состояния пациента и степень инвалидизации его увеличивается.

Таким образом, инвалидность – это социальная недостаточность, обусловленная нарушением здоровья (заболеванием, в том числе

анатомическим дефектом, травмой) со стойким расстройством функций организма, приводящим к ограничению жизнедеятельности человека и необходимости его социальной защиты.

Так кого же следует признать инвалидом, какие последствия заболевания или травмы будут указывать на неполноценное функционирование человека в обществе?

Как гласит «Конвенция о правах инвалидов», к инвалидам «относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами мешают полному и эффективному участию его в жизни общества наравне с другими» [2].

В то же время основополагающим принципом медико-социальной экспертизы должно стать положение, согласно которому инвалидность – не болезнь, порок развития или последствия травмы. Инвалидность - состояние индивида, обусловленное изменениями здоровья, определяющими возможности реализации и нуждаемость в социальной помощи в конкретных средовых условиях жизнедеятельности [2].

В каждой стране имеются свои критерии определения инвалидности и ее тяжести, в каждом конкретном случае с конкретным пациентом осуществляется медико-социальная экспертиза, представляющая собой некую систему, которая определяет медицинские показания к социальной помощи и защите. Система медико-социальной экспертизы функционирует на стыке здравоохранения, социального страхования и социального обеспечения и с современных позиций определяет в установленном порядке потребности освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

По оперативным данным в органах по труду и социальной защите на учете на 01.01.2016г. состояло 549 475 инвалидов. По сравнению с 1995 г. численность контингента инвалидов в Республике Беларусь увеличилась на 128 404 человек, или на 30,5% (421 070 человек в 1995 г.), в том числе взрослых инвалидов стало больше на 120 123 человека, или на 30,0% (1995 г. - 400 507 человек, 2015 г. - 520 630 человек), число детей инвалидов выросло на 8 282 человека, или на 40,3% (с 20 563 человек в 1995 г. до 28 845 человек в 2015 г.) [5].

Уровень накопленной инвалидности всего населения Республики Беларусь с 1995 г. вырос на 41,0% (с 410,2 в 1995 г. до 578,5 на 10 тыс. населения в 2015 г.), взрослого населения - на 19,0% (с 525,3 в 1995 г. до 625,3 на 10 тыс. взрослого населения в 2015 г.), детского населения - в 2,2 раза (с 76,9 в 1995 г. до 165,6 на 10 тыс. детского населения в2015 г.).

Основными причинами первичной инвалидности среди лиц трудоспособного возраста в 2015 г. являлись:

- новообразования – 11,20 на 10 тыс. населения, удельный вес в нозологической структуре – 28,6%;

- болезни системы кровообращения – 10,88 на 10 тыс. населения (27,8%);
- травмы – 3,41 на 10 тыс. населения (8,7%);
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 3,04 на 10 тыс. населения (8,1%).

Тяжесть первичной инвалидности населения трудоспособного возраста (суммарный удельный вес I и II групп инвалидности) снизилась с 56,9% в 1995 г. до 48,6% в 2015 г.

Удельный вес инвалидов первой группы составил 10,2% против 7,4% в 1995 г. Доля инвалидов второй группы уменьшилась с 49,5% в 2010 г. до 38,4% в 2015 г.

Почему растет уровень инвалидности? Может быть, не в полной мере проводятся необходимые лечебные мероприятия, недорабатывает система профилактики заболеваемости, не качественно и не в полной мере осуществляются реабилитационные мероприятия? Действительно, все эти причины в той или иной степени имею место, однако, в основном рост первичного выхода на инвалидность наблюдается за счет:

1. Увеличения заболеваемости населения по: новообразованиям, болезням органов кровообращения, болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани и некоторым другим.
2. Внесения дополнений в действующую Инструкцию о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья [4].
3. Применения в экспертной практике «синдрома социальной компенсации», при котором наличие у лица ограничения трех и более категорий жизнедеятельности приводит к более выраженной степени социальной недостаточности. В таких случаях при вынесении экспертного решения определяется более высокая группа инвалидности. А это в свою очередь приводит к росту первичного выхода на инвалидность или ее тяжести [5].
4. Увеличения числа пациентов, направляемых ВКК для установления III группы инвалидности и получения права на предоставление государственной адресной социальной помощи в виде социального пособия на оплату технических средств социальной реабилитации: ортезов верхних и нижних конечностей, туловища, ортопедической обуви, слуховых аппаратов, глазных протезов, шприцев инсулиновых или игл одноразовых для шприц-ручек, тест-полосок для определения уровня глюкозы в крови [6].
5. По-прежнему крайне недостаточно направление на этап ранней стационарной медицинской реабилитации пациентов с основной инвалидизирующей патологией (онкологического, кардиологического, неврологического, ортопедотравматологического профиля).

В Республике Беларусь государственная политика в отношении инвалидов направлена на осуществление эффективных мер по их социальной

защите, обеспечению равенства и полноправного участия в жизни общества, и основывается на Конституции Республики Беларусь, Законах Республики Беларусь, постановлениях Правительства и иных нормативных правовых актах. Важную роль в осуществлении государственной политики в отношении инвалидов играют государственные программы, в том числе Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь на 2016-2020 гг.», Государственная программа о социальной защите и содействии занятости населения на 2016-2020 гг., включающие подпрограмму «Предупреждение инвалидности и реабилитация инвалидов» и подпрограмму «Безбарьерная среда жизнедеятельности инвалидов и физически ослабленных лиц». Реализация мероприятий этих Государственных программ будет способствовать: снижению заболеваемости, инвалидности; совершенствованию оказания медицинской помощи женщинам и детям; раннему вмешательству по коррекции отклонений здоровья детей, имеющих риск развития инвалидности; повышению знаний населения по вопросам здорового образа жизни, репродуктивного и сексуального здоровья, планирования семьи; популяризации традиционных семейных ценностей и укреплению межпоколенных связей, ответственному родительству, равному участию родителей в воспитании детей.

Таким образом, на законодательном уровне закреплены гарантии лицам с особыми потребностями, реализация которых возможна только при тесном взаимодействии Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Министерства образования, Министерства труда и социальной защиты, Министерства архитектуры и строительства и многих других органов государственного управления, а реабилитация инвалидов и их социальная поддержка являются одним из ключевых приоритетов государственной социальной политики.

Список литературы

1. Конституция Республики Беларусь 1994 года (с изменениями и дополнениями, принятыми на республиканских референдумах 24 ноября 1996 года и 17 октября 2004 года). - Минск, Амалфея, 2006.- 48 с.
2. Конвенция о правах инвалидов, принятая резолюцией Генеральной Ассамблеей ООН от 13 декабря 2006 г. №61/106.
3. Указ Президента Республики Беларусь №401 от 24.09.2015 г. «О подписании Республикой Беларусь Конвенции о правах инвалидов».
4. Всемирный доклад об инвалидности. – Женева: ВОЗ, 2011. – 28 с.
5. Информационно-статистический сборник по медицинской экспертизе и реабилитации в Республике Беларусь: в 2-х ч.; информ.-стат. сб./ РНПЦ МЭиР. Сост.: В.Б.Смычек, А.В.Копыток, С.И.Лущинская.- Минск, 2016,- Ч.I: Показатели инвалидности, 2015. – 114 с.
6. Указ Президента Республики Беларусь от 14.09.2009 г. №458 «О государственной адресной социальной помощи».

УДК 616.8:616-036.86

Чапко И.Я.,. Казакевич Д.С

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ УТРАТЫ ОБЩЕЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ В ПРАКТИКЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации (РНПЦ МЭ и Р), Минск, Республика Беларусь

I.J.Chapko, D.S.Kazakevich

TO ASSESS THE DEGREE OF LOSS OF WORK CAPACITY IN THE PRACTICE OF MEDICO-SOCIAL EXAMINATION

Repablican Scientific and Practical Center of Medical Expertise and Rehabilitation, Minsk, Republic of Belarus

Ключевые слова: медицинская экспертиза, трудоспособность.

Keywords: medical expertise, earning capacity.

Аннотация. Разработана модель определения инвалидности: три группы инвалидности и проценты утраты общей трудоспособности. Разработана система определения процентов утраты общей трудоспособности. Определение степени утраты общей трудоспособности включает интегрированную клинико-функциональную характеристику стойких нарушений функций органов и систем организма приведённую в соответствии с критериями и параметрами оценки указанных нарушений с учетом: степени выраженности указанных нарушений; характера и тяжести течения заболевания, активности патологического процесса; иных показателей, оказывающих влияние на состояние общей трудоспособности пациента.

Abstract. We developed a model definition of disability: three group of disability and the percent loss of work capacity. Developed system to determine the percent loss of work capacity. Determination of the degree of loss of work capacity includes integrated clinical and functional characterization of persistent violations of the functions of organs and systems of the body. It is given in accordance with the criteria and parameters of evaluation of these violations, taking into account: the severity of these violations; nature and severity of the disease, activity of the pathological process, other indicators influencing the status of total disability of the patient.

Введение. Развитие системы медико-социальной экспертизы, унификация законодательства в области медицинской экспертизы и государственного социального страхования в рамках Содружества Независимых Государств

(СНГ) и стран Европы вызывает необходимость совершенствования модели инвалидности с установлением наряду с тяжестью (группой инвалидности) степени утраты общей трудоспособности. Данная модель установления инвалидности, как более эффективная мера в оценке последствий болезни и социальной защиты, приобретает все большую практическую распространенность в европейских государствах [1-5].

Цель. Целью настоящего исследования являлось: разработать и внедрить систему определения процентов утраты общей трудоспособности, применить модель определения инвалидности: три группы инвалидности и проценты утраты общей трудоспособности.

Материалы и методы. В основу разработок положены результаты обследования 391 пациентов (127 пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, 169 пациентов с заболеваниями и травмами опорнодвигательного аппарата, 95 пациентов с заболеваниями и травмами нервной системы), выполненные на клинических базах ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» (в период 2012 - 2015 гг.).

Результаты. В ходе реализации задания отраслевой научно-технической программы «Экспертно-реабилитационные технологии» была разработана новая модель установления инвалидности, включающая как традиционное установление трех групп инвалидности, так и систему оценки степени утраты общей трудоспособности (в процентах). В рамках модели разработаны количественные критерии оценки степени утраты общей трудоспособности пациентов с последствиями заболеваний и травм.

В изменяющейся модели определения инвалидности акцентуируется внимание на определении всем освидетельствуемым МРЭК пациентам процентов утраты общей трудоспособности (наряду с сохраняющимся традиционным определением трех групп инвалидности).

Общая трудоспособность – это способность к выполнению широкого круга простейших трудовых процессов, как правило, ограниченных бытовыми нуждами, которые относятся к категории самообслуживания.

Исходя из данного определения при оценке общей трудоспособности освидетельствование (обследование пациента) проводится по двум составляющим: способность к самообслуживанию и способность к осуществлению действий по ведению быта. В отличие от общей трудоспособности - профессиональная трудоспособность – это способность человека работать в условиях производства или службы. При этом имеется в виду труд как физический, так и умственный, как квалифицированный, так и неквалифицированный. Профессиональная трудоспособность – это возможность выполнения определенного объема и качества работы по конкретной профессии (специальности), по которой осуществляется основная трудовая деятельность.

Критериями оценки утраты общей трудоспособности является снижение способности к выполнению широкого круга простейших трудовых процессов,

как правило, ограниченных бытовыми нуждами (самостоятельно передвигаться, готовить пищу, сохранять в порядке жилье, имущество, одежду, осуществлять уход за животными и другие, которые относятся к категории самообслуживания) и (или) любых видов неквалифицированного труда. Способность к самообслуживанию – способность самостоятельно справляться с основными физиологическими потребностями, выполнять повседневную бытовую деятельность и сохранять навыки личной гигиены, обеспечивающая эффективное независимое (в соответствии с возрастными особенностями) существование в окружающей среде.

Медицинская экспертиза на предмет оценки степени утраты общей трудоспособности осуществляется в соответствии с существующим законодательством Республики Беларусь.

Определение степени утраты общей трудоспособности включает интегрированную клинико-функциональную характеристику стойких нарушений функций органов и систем организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приведённую в соответствии с критериями и параметрами оценки указанных нарушений с оценкой: степени выраженности указанных нарушений; характера и тяжести течения заболевания, активности патологического процесса; иных показателей, оказывающих влияние на состояние общей трудоспособности пациента.

К основным видам оцениваемых нарушений функций организма (оцениваемых при определении степени утраты общей трудоспособности) относятся: нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций); нарушения языковых и речевых функций (нарушение устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия) и письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и невербальной речи, нарушение голосообразования и прочее; нарушение сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности); нарушение статодинамических функций (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики, координации движений); нарушение функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета; нарушения, обусловленные физическим уродством (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству, аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов, нарушение размеров тела).

Оценка степени утраты общей трудоспособности пациентов при наличии нескольких заболеваний (травм) определяется отдельно и индивидуально в отношении каждого заболевания (травмы).

Количественная оценка степени утраты общей трудоспособности заключается в определении утраты общей трудоспособности, устанавливаемой в процентах в диапазоне от 5% до 100%, с минимальным шагом в 5% (в некоторых случаях – 10%). Определение степени утраты общей

трудоспособности при острых заболеваниях и травмах и (или) в периоде временной нетрудоспособности производится в размере 100%.

При наличии нескольких стойких нарушений функций органов и систем организма, каждое из которых оценивается отдельно в процентах, данные нарушения ранжируются по степени выраженности. Выбирается максимально выраженное в процентах функциональное нарушение и устанавливается ссылка на пункт клинико-функциональной характеристики нарушений и соответствующую степень утраты общей трудоспособности, установленную в связи с данным нарушением.

В случае установления факта взаимоотягощающего влияния иных функциональных нарушений со стороны взаимосвязанных систем организма пациента на степень выраженности максимального в процентах функционального нарушения устанавливается ссылка на соответствующий пункт (пункты) и производится расчёт – совокупная оценка степени функциональных нарушений. При наличии указанного влияния совокупная оценка степени нарушения функции органов и систем организма человека в процентном выражении может быть выше максимально выраженного нарушения функций организма, но не более чем на 10 процентов.

При этом наиболее типичные случаи взаимоотягощающего влияния учтены и указаны в процентах в клинико-функциональной характеристике стойких функциональных нарушений, возникших у пациента в связи с заболеванием, последствиями травм или дефектами.

В случае если у пациента диагностируются функциональные нарушения разной степени выраженности со стороны иных органов и систем организма, не оказывающие взаимоотягощающего влияния на степень выраженности друг друга, данные нарушения в расчёт не включаются, их суммарная оценка не производится. При оценке нарушений функции органов и систем использовано ранжирование медицинских критериев последствий заболеваний и травм по четырем степеням - функциональным классам (далее – ФК): 1 степень нарушений – легкие (незначительно выраженные) нарушения функции (ФК1); 2 степень нарушений – умеренные (умеренно выраженные) нарушения функции (ФК2); 3 степень нарушений – выраженные нарушения функции (ФК3); 4 степень нарушений – резко выраженные нарушения функции (ФК4).

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих степень ограничения основных категорий (критериев) жизнедеятельности человека (используемых при установлении инвалидности), выделяют пять функциональных классов их количественной выраженности (в процентах) – от полной нормы (0%) до резкого ограничения той или иной способности (100%): ФК 0 – характеризует отсутствие нарушения жизнедеятельности или незначительные (0-4%); ФК 1 – легкое нарушение жизнедеятельности (от 5% до 24%); ФК 2 – умеренно выраженное нарушение жизнедеятельности (от 25% до 60%); ФК 3 – выраженное нарушение жизнедеятельности (от 61% до 90%); ФК 4 – резко выраженное нарушение жизнедеятельности (от 91% до 100%).

Разработанная система оценки с определением степени выраженности утраты общей трудоспособности (в процентах) соответствует степени ограничений жизнедеятельности согласно законодательству Республики Беларусь. Выделены 4 степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, соотнесенные с тяжестью инвалидности: 1-ая степень – стойкие легкие (незначительные) нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 5 до 39 процентов утраты общей трудоспособности (в этих случаях группа инвалидности, как правило, не определяется); 2-ая степень – стойкие умеренные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 40 до 69 процентов утраты общей трудоспособности (в этих случаях определяется третья группа инвалидности); 3-ая степень – стойкие выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 70 до 89 процентов утраты общей трудоспособности (определяется вторая группа инвалидности); 4-ая степень – стойкие резко выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 90 до 100 процентов (как правило, в этих случаях устанавливается первая группа инвалидности).

Заключение. Таким образом, предлагаемая система установления инвалидности с определением степени утраты общей трудоспособности не требует дополнительных финансовых затрат при ее внедрении, не меняет структуру инвалидности (по тяжести), не изменяет социальный статус освидетельствуемого пациента в сторону ограничения мер социальной защиты, но позволяет более точно (в материальном плане) оценивать влияние последствий заболеваний и травм на состояние трудоспособности.

Список литературы.

1. Закон Республики Беларусь «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь».
2. Концепция развития здравоохранения Республики Беларусь: Постановление Совета Министров Республики Беларусь № 1452.
3. Лаврова Д.И. Современная концепция инвалидности // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 1998. - № 2. - С. 5 - 8.
4. Смычёк В.Б. Современная медицинская концепция последствий болезни и «составляющих здоровья».– Минск, 2008. – 74 с.
5. Смычёк В.Б. Современные аспекты инвалидности.– Минск: БГАТУ, 2012.– 268 с.

УДК 614.29

Драч Д.А., Трекин С.В., Кудряшов А.Л., Гречкина Е.А., Потапенко М.В.

Опыт федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Самарской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации по организации отдела реабилитационно-экспертной диагностики с учетом требований доступной среды

ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России

Drach D.A., Trekin S.V., Kudryashov A.L., Grechkina E.A., Potapenko M.V.

An experience of the FGI «The Head bureau of Medical and Social Expertise in Samara region» of Mintrud of Russia in organization of the rehabilitation and expert diagnostics department according to requirements of accessible environment

FGI «The Head bureau of Medical and Social Expertise in Samara region» of Mintrud of Russia

Ключевые слова: доступная среда, медико-социальная экспертиза, реабилитационно-экспертная диагностика.

Key words: accessible environment, medical and social expertise, rehabilitation and expert diagnostics.

Аннотация. Реабилитационно-экспертная диагностика занимает важное место в системе медико-социальной экспертизы. Авторы статьи предлагают рассмотреть опыт ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России в деле организации отдела реабилитационно-экспертной диагностики. Размещение данного отдела в здании, оборудованном с учетом всех требований доступной среды, позволяет увеличить количество обследований, а значит, повысить качество оказания государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы.

Abstract. Rehabilitation and expert diagnostics have an important place in the system of medical and social expertise. Authors propose to consider an experience of the FGI «The Head bureau of Medical and Social Expertise in Samara region» of Mintrud of Russia in organization of the rehabilitation and expert diagnostics department. Placement of this department in a building equipped with all requirements of accessible environment allows to increase the number of check-ups, and so improve the quality of the public service of medical and social expertise.

В настоящее время в Самаре функционирует 29 бюро медико-социальной экспертизы и 6 экспертных составов, в Тольятти - 7 бюро, 2 бюро работают в Сызрани и одно в городе Отрадный.

Для качественного проведения медико-социальной экспертизы, установления степени выраженности нарушений стато-динамических функций в Главном бюро МСЭ создан отдел реабилитационно-экспертной диагностики. Весь исторический период своей деятельности отдел располагался в арендуемых помещениях, в которых отсутствовали условия доступной среды для людей с ограниченными возможностями здоровья.

Во исполнение постановления правительства Российской Федерации от 01.12.2015 года № 1297 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы» и закона Самарской области от 10.02.2009 № 7-ГД «Об обеспечении беспрепятственного доступа маломобильных граждан к объектам социальной, транспортной и инженерной инфраструктур, информации и связи в Самарской области»все бюро медико-социальной экспертизы города Самары с сентября 2016 года были перемещены в трехэтажное здание общей площадью 6 000 квадратных метров.

Для проведения медико-социальной экспертизы лиц с ограниченными возможностями здоровья созданы необходимые условия в рамках «Доступной среды». Особое внимание уделено маломобильным гражданам и инвалидам-колясочникам.

Здание располагает противоскользящими покрытиями, системой специальных средств информации, оборудованием для людей с нарушением слуха, имеются санитарные комнаты для инвалидов-колясочников, создана система вызова помощника.

Для удобства слабовидящих граждан на первом этаже располагается специализированное офтальмологическое бюро. Пути следования лиц с заболеваниями органов зрения оборудованы тактильными указателями и тактильной плиткой. Кроме того, для ознакомления данной категории граждан с порядком проведения медико-социальнойэкспертизы используются буклеты, напечатанные шрифтом Брайля.

В здании установлен специальный лифт, который поднимает инвалидов на второй этаж – там расположена большая часть бюро медико-социальной экспертизы и экспертных составов Главного бюро. Оборудование лифта полностью соответствует стандартам доступности среды для маломобильных граждан. Имеется голосовое сопровождение, плавное открывание и закрывание дверей с учетом замедленного времени посадки маломобильных граждан, незаметный для инвалида подъем или спуск с этажа на этаж.

Гордостью учреждения является отдел реабилитационно-экспертной диагностики. Так как основная часть диагностики проводится маломобильным гражданам, которые страдают заболеваниями опорно-двигательного аппарата, отдел расположен на первом этаже. В распоряжении отела имеется специализированное оборудование, непосредственно используемое только в

системе службы медико-социальной экспертизы: аппаратно-программный комплекс «Праймус» для оценки нарушений опорно-двигательного аппарата с целью определения объема активных и пассивных движений во всех двигательных плоскостях, включающий большое количество насадок и адаптеров для стимулирования различных профессиональных и повседневных действий, эргометр «Космос» с функцией диагностической дорожки с силовой платформой, аппаратно-программный комплекс для обследования вестибулярного аппарата с функцией видеонаблюдения, аудиометр для проведения тональной и речевой аудиометрии с целью оценки остроты слуха.

Учитывая, что до расположения в едином здании, отдел реабилитационно-экспертной диагностики находился в недоступных для маломобильных граждан помещениях, обследовалось незначительное количество пациентов. С сентября 2016 года объем исследований значительно возрос, появилась возможность проведение исследований детей в сложных экспертных случаях. Подтверждением эффективности работы в доступных для граждан условиях является статистика. Так, за восемь месяцев 2016 года отдел реабилитационно-экспертной диагностики провел 231 исследование, за сентябрь-октябрь 2016 года – 519. Особенно эффективно используется эргометр «Космос» с функцией диагностической дорожки с силовой платформой: за восемь месяцев 2016 года проведено 175 исследования, за сентябрь-октябрь 2016 года – 348. Увеличение количества обследований привело к повышению качества по оказанию государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы. Положено начало проведению обследований детям. За сентябрь-октябрь освидетельствовано 4 ребенка, из них 1 ребенок на эргометре «Космос», в 3 случаях использовался аудиометр для проведения тональной и речевой аудиометрии. Работа в данном направлении будет продолжена. Отдельным направлением реабилитационно-экспертной диагностики служит исследование степени нарушенных функций органов зрения. В этих целях используется анализатор определения границ, дефектов и световой чувствительности поля зрения компьютеризированный «Перитест». А автоматический проектор знаков ССР-3100 (Huvitz) обладает высокой разрешающей способностью, обеспечивает четкое и чистое отображение слайда на экране и делает обследование простым для врача и комфортным для освидетельствуемого гражданина.

Однако в федеральном казенном учреждении «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Самарской области» проводится не только экспертиза и реабилитационно-экспертная диагностика, но и ведется серьезная научная работа, основой для которой часто служит имеющееся в распоряжении учреждения оборудование. Так, врачом по медико-социальной экспертизе Трекиным С.В. разработана комплексная шкала оценки вертебрального болевого синдрома, адаптированная для медико-социальной экспертизы (Трекин С.В., Самара, 2016). Более подробно с данной разработкой можно будет ознакомиться в журнале «Медико-социальные проблемы инвалидности»; публикация статьи планируется в 2016 году в номере №4.

Таким образом, здание, полностью соответствующее требованиям доступной среды для лиц с ограниченными возможностями здоровья, не только увеличивает качество проведения медико-социальной экспертизы, но и способствует повышению профессионального уровня врачей федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Самарской области».

УДК 614-036.86

Черкасов С.Н., Мешков Д.О., Шошмин А.В., Безмельницына Л.Ю., Бесстрашнова Я.К., Берсенева Е.А.

ВНЕДРЕНИЕ В ПРАКТИКУ РЕЗУЛЬТАТОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИЧАЮЩЕГО ЦЕНТРА ВОЗ ПО СЕМЕЙСТВУ МЕЖДУНАРОДНЫХ КЛАССИФИКАЦИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», Москва
ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург

Cherkasov S.N., Meshkov D.O., Shoshmin A.V., Bezmelnitsyna L.Y., Besstrashnova Y.K., Berseneva E.A.

IMPLEMENTATION IN PRACTICE THE RESULTS OF THE WHO COLLABORATING CENTERS FOR FAMILY OF INTERNATIONAL CLASSIFICATIONS IN THE RUSSIAN FEDERATION

SFBRI «N.A. Semashko National Research Institute for Public Health», Moscow
St. Petersburg Scientific and Practical Center of Medical-Social Expertise, Prosthetics and Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St.Petersburg

Ключевые слова: сотрудничающий центр ВОЗ, семейство международных классификаций, Международная классификация болезней, Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья.

Key words: WHO Collaborating Centre, the Family of International Classifications, International Classification of Diseases, International Classification of Functioning, Disability and Health.

Аннотация. Основными результатами деятельности Сотрудничающего центра ВОЗ по семейству международных классификаций в Российской Федерации являются адаптация на русский язык базовых классификаций, подготовка методических рекомендаций и обучение специалистов. Только по МКБ-10 сотрудники центра в течение года (июль 2015 – июль 2016) провели 6 семинаров для почти 200 специалистов, проводится обучение специалистов МКФ. Практически завершен новый перевод трех томов МКБ-10 на русский язык. Сделаны переводы всех обновлений МКФ и некоторых базовых наборов МКФ, ведется их адаптация и верификация в РФ. В настоящее время продолжаются научные исследования по применению базовых наборов МКФ в реабилитации. Активно используется МКФ в становлении ранней помощи в РФ специалистами в здравоохранении, социальной защите, образовании. Версии международных классификаций на русском языке востребованы также в ряде стран, использующих русский язык традиционно в профессиональной сфере или в качестве второго государственного языка.

Abstract. Activities of the WHO Collaborating Center for the Family of International Classifications in the Russian Federation aim at adaption of basic classifications in Russian, development of the guidelines and education for professionals. For June 2015-Jine 2016 trainers from the collaborating center gave 6 workshops on ICD-10 for about 200 professionals. Workshops on the ICF were conducted. Translation of 3 volumes of ICD-10 into Russian has almost been completed. All ICF updates and some ICF Core Sets were translated as well; their adaption and validation are in process in Russia. Now research projects on implementation of the ICF Core Sets in rehabilitation are continued. Professionals in healthcare, social protection and education apply the ICF in becoming early children development in Russia. Versions of the international classifications are also in demand in some countries where Russian is used in professional communication traditionally or as the second state language.

Всемирная организация здравоохранения осуществляет свою деятельность с использованием сети сотрудничающих центров. Сотрудничающий центр ВОЗ (СЦ ВОЗ) – это «...учреждение, назначенное Генеральным директором, которое входит в состав международной сети сотрудничества и осуществляет деятельность в поддержку программы ВОЗ на всех уровнях»[1]. В соответствии с концепцией СЦ ВОЗ – это расположенные в различных странах мира важнейшие учреждения, обладающие соответствующим опытом и экспертными знаниями и навыками. Они представляют собой ценный ресурс в качестве расширенных и неотъемлемых компонентов потенциала ВОЗ для реализации ее уставной деятельности[2]. Всего более 700 учреждений в 80 странах мира выполняют функции СЦ ВОЗ. В задачи СЦ ВОЗ входят стандартизация терминологии и номенклатуры, технологий, диагностических, лечебных и профилактических веществ, а также методов и процедур, разработка научно обоснованных технических руководств, инструментов и информационных ресурсов, разработка и внедрение

надлежащих технологий, проведение совместных исследований, обучение и наращивание организационно-кадрового потенциала на уровне страны и другая деятельность.

СЦ ВОЗ по семейству международных классификаций решает вопросы, связанные со стандартизацией терминологии и номенклатуры по базовым международным классификациям: болезней (МКБ), функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ), медицинских вмешательств (International Classification of Health Interventions (ICHI)), а также связанным и производным классификациям. Основными результатами деятельности центра являются адаптация на русский язык базовых классификаций, подготовка методических рекомендаций и обучение специалистов. Только по МКБ-10 сотрудники центра в течение года (июль 2015 – июль 2016) провели 6 семинаров длительностью 72 часа, подготовив около 200 специалистов, проводится обучение специалистов МКФ. Практически завершен новый перевод трех томов МКБ-10 на русский язык. Сделаны переводы всех обновлений МКФ и некоторых базовых наборов МКФ, ведется их адаптация и верификация в РФ. В настоящее время продолжаются научные исследования по применению базовых наборов МКФ в реабилитации. Активно используется МКФ в становлении ранней помощи в РФ специалистами в здравоохранении, социальной защите, образовании.

Версии базовых классификаций на русском языке востребованы также в ряде стран, использующих русский язык традиционно в профессиональной сфере или в качестве второго государственного языка. В июне 2016 года СЦ ВОЗ провел мероприятия в Киргизстане, связанные с изучением особенностей применения МКФ в этой стране, планируется обучение специалистов социальной защиты и здравоохранения.

Создание сетей СЦ ВОЗ позволяет не только координировать усилия и повышать общественное здоровье в рамках концепции, предложенной ВОЗ, но и существенно повысить эффективность взаимодействия профильных учреждений внутри страны. Международная классификация болезней используется как основа для деятельности других СЦ ВОЗ, изучающих, координирующих усилия и противодействующих различным инфекционным и неинфекционным болезням. Можно ожидать дальнейшего развития сети СЦ ВОЗ в России, в первую очередь в тех областях, которые являются продолжением и естественным развитием текущей деятельности СЦ ВОЗ, но выходят за их функциональные границы. СЦ ВОЗ медицинского профиля, занимаются, на основе МКБ, проблемами особо опасных инфекций, слепоты, наследственных и других заболеваний.

Можно предположить в ближайшем будущем создание СЦ ВОЗ по реабилитации, как логическое продолжение и практическое приложение деятельности СЦ ВОЗ по семейству международных классификаций и связанных с адаптацией МКФ на русский язык, внедрением МКФ в практическую деятельность, подготовкой методических материалов и обучением специалистов. Создание такого центра позволит также повысить

эффективность других СЦ ВОЗ в РФ и других странах, например, связанных с предотвращением и снижением последствий слепоты, наследственными заболеваниями.

Список литературы

1. Положение об исследовательских и научных группах, сотрудничающих учреждениях и других механизмах сотрудничества. Текст, одобренный Исполнительным комитетом на его 69-й сессии (резолюция EB69.R21) с поправками, одобренными на его 105-й сессии (резолюция EB105.R7).
2. Руководство для сотрудничающих центров ВОЗ. ВОЗ. 2015. – 62 с.

Экспертно-реабилитационная диагностика инвалидов, факторы окружающей среды, отношенческие и средовые барьеры.

Принципы формирования и содержание комплексной программы (плана) реабилитации (абилитации), оценка нуждаемости в реабилитационных услугах и вспомогательных изделиях и технологиях.

Оценка эффективности реабилитации, применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

УДК 616 – 036. 86 +616.71

Снитко Н.Л., Юревич Л.В., Гриценко Е.Н., Карицкая Ю.О.

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТНОГО ОБОРУДОВАНИЯ ДЛЯ КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКИ

ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России, Омск

Snitko N.L., Yurevich L.V., Gritsenko E.N., Karitskaya J.O.

APPLICATION FOR HARDWARE CLINICAL DIAGNOSTICS EXPERT

FGI "GB MSE on the Omsk area" of Mintrud of Russia, the city of Omsk

Ключевые слова: медико-социальная экспертиза, Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ), оценка, структуры организма, функции организма.

Keywords; medico-social assessment, International Classification of Functioning, Restrictions On Life and Health (ICF), assessment, body structures, body functions.

Аннотация: статья посвящена применению аппаратного оборудования в практике медико-социальной экспертизы.

Abstract. The article is devoted to the application of the hardware in the practice of a medical social examination.

Введение. Клинико-функциональная диагностика – процедура, объединяющая совокупность методов получения достоверных данных о состоянии здоровья, патологии, нарушенных и сохранных функциях и структур организма, достаточных для вынесения экспертного решения об инвалидности и потребностях инвалидов в мерах, средствах и услугах медицинской реабилитации и абилитации.

Применение высокотехнологичного специального диагностического оборудования в учреждениях МСЭ позволяет унифицировать и оптимизировать критерии медико-социальной экспертизы при различных классах болезней.

Наиболее высоко стандартизированными и универсальными в отношении создания различных условий и нагрузок являются компьютеризированные аппаратные комплексы для оценки биомеханических параметров, взаимодействия сенсорных и моторных систем, проведения реабилитационных тренингов. Подобное оборудование позволяет не только получить традиционно используемые кинематические, кинезиологические, миографические, динамометрические показатели, но и измерить влияние двигательной активности или условий среды на способности человека к выполнению той или иной задачи. На основании тестирования определяется реабилитационный прогноз (предполагаемая вероятность реализации реабилитационного потенциала и предполагаемый уровень интеграции инвалида в общество), который оценивается, как благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный и неблагоприятный.

Цель исследования. Анализ нуждаемости в дополнительном обследовании на аппаратах PRIMUS RS и эргометр инвалидов при прохождении медико-социальной экспертизы в ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» за период с ноября 2015 г. по сентябрь 2016 г.

Материалы и методы. Анализ проведен на основании данных полученных при проведении диагностических обследований с ноября 2015 г. по сентябрь 2016 г. в ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России.

BTE PRIMUS RS - универсальный комплекс для функциональной оценки нарушений опорно-двигательного аппарата и нервной системы, диагностики и медицинской реабилитации.

Данный аппарат позволяет проводить оценку физических и функциональных возможностей изолированного сустава или мышечной группы: статическую и динамическую выносливость, мышечную силу, нервно-мышечную координацию, толерантность к физической нагрузке.

Статическая и динамическая выносливость, мышечная сила отдельных мышечных групп измеряется при выполнении изолированных движений в суставах; комбинированных мышечных групп – при выполнении специальных заданий.

Нервно-мышечная координация оценивается при выполнении заданий (например, выполнение тонких и точных движений), требующих взаимодействия некоторых или всех подвижных сегментов верхних и нижних конечностей и мышц туловища (благодаря их взаимодействию выполняются целенаправленные и координированные движения).

Толерантность к физической нагрузке оценивают при необходимости информации о «профессиональной пригодности» исследуемого поэтому, важно рассмотреть как статическую работу по поддержанию позы, так и повторяющиеся динамические движения-задания, которые требуется выполнять во многих рабочих ситуациях.

Результаты. За период изучения на диагностическом аппарате PRIMUS RS проведено 1085 обследований. Из них у больных с заболеваниями центральной нервной системы (ЦНС) – 573 (52,8 %), с последствиями травм – 208 (19,2 %), периферической нервной системы – 188 (17,3 %), болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани – 116 обследований (10,7 %). При проведении исследований функций суставов, преобладают обследования коленных суставов 433 (39,9 %) случаев, кисти составили 274 (25,3 %) случаев, голеностопных суставов - 144 (13,3 %), локтевых суставов - 137 (12,6 %), тазобедренных суставов - 60 (5,5 %), плечевых суставов - 37 (3,4 %) случаев. Время обследования занимает в среднем 20 - 25 мин. Используются необходимые насадки в зависимости от уровня обследования. Степень снижения силы рассчитывается по формулам: остаточная сила = показатель дефектной конечности х 100 / показатель здоровой конечности; потеря мышечной силы = 100 % - остаточная сила. По результатам обследования отклонений от нормы не выявлено в 112 случаях (10,3 %), незначительное снижение мышечной силы отмечалось у 465 обследуемых (42,8 %), умеренно выраженное снижение – в 291 случае (26,8 %), выраженное снижение – у 148 обследуемых (13,6 %); значительно выраженное снижение в 69 случаях (6,5 %).

На аппарате эргометр за анализируемый период проведено 1404 обследования. Из них с заболеваниями ЦНС – 775 (55,2 %) случаев; с болезнями костно-мышечной системы – 235 (16,7 %), с последствиями травм – 216 (15,4 %), с поражением периферической нервной системы – 178 (12,7 %). Анализ устойчивости (стабилометрия) проведен в 699 случаях (49,8 % от общего числа обследований). При данном методе исследования можно оценить наличие и степень выраженности вестибуло-атактического синдрома, нарушение устойчивости. Из общего числа обследований на аппарате эргометр: отклонений от нормы не выявлено в 152 случаях (21,7 %), незначительно выраженное нарушение устойчивости составило 40,9 % (286 пациентов), умеренно выраженное нарушение определялись у 228 больных (32,6 %), выраженное нарушение диагностировались только в 33 случаях (4,8 %), а значительно выраженное нарушение не выявлено. Анализ ходьбы проведён в 705 обследованиях (50,2 %). Этот диагностический метод позволяет оценить наличие и степень выраженности статодинамических нарушений. Для оценки используются показатели биомеханики ходьбы. Из них отклонений от нормы

не выявлено в 92 случаях (13,0 %), незначительно выраженное нарушение ходьбы выявлено у 280 пациентов (39,7 %), умеренно выраженное нарушение – у 235 больных (33,4 %), выраженное нарушение выявлено в 98 случаях (13,9 %), значительно выраженное нарушение не выявлено. В случаях аггравантного поведения больных (14 случаев или 2,0 %), настроенных изначально на более высокий результат, в заключении звучит, как «некорректный шаг». Таким больным обследование повторяется повторно, что позволяет достичь более верного результата.

Заключение. В дополнительном обследовании на аппарате PRIMUS RS больше нуждались пациенты с заболеваниями ЦНС – 573 (52,8 %). В структуре по области исследования лидируют обследования функций коленных суставов - 39,9 %. Незначительное снижение мышечной силы отмечалось в 42,8 % случаев. На аппарате эргометр большую часть обследований проведено так же у пациентов с заболеваниями ЦНС – 775 (55,2 %). При проведении стабилометрии выявлены незначительно выраженное нарушение устойчивости в 40,9 % случаев. При оценке анализа ходьбы незначительно выраженное нарушение установлено в 39,7 % случаев. Таким образом, применение в своей практике аппаратов PRIMUS RS и эргометр, помогает врачам по медико-социальной экспертизе объективно оценить степень выраженности нарушенных функций организма и степени ограничений основных категорий жизнедеятельности и верно вынести экспертное решение.

УДК 616-072.7

Сафронова Е.В., Антонова И.Г., Нагаева С.В.

ПРИМЕНЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ ФКУ «ГБ МСЭ ПО РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН» МИНТРУДА РОССИИ

ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Башкортостан» Минтруда России, Уфа

Safronova E.V., Antonova I.G., Nagaeva S.V.

USE SPECIAL DIAGNOSTIC EQUIPMENT AND EVALUATION RESEARCH FGI "CB MSE ON REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN» OF MINTRUD OF RUSSIA

FGI "CB MSE on Republic of Bashkortostan» of Mintrud of Russia, UFA

Ключевые слова: экспертно-реабилитационная диагностика, специальное диагностическое оборудование, медико-социальная экспертиза, объективность, достоверность, качество.

Keywords: expert rehabilitation Diagnostics, special diagnostic equipment, medical-social expertise, objectivity, credibility, quality.

Аннотация. Представлен анализ результатов исследований, проведенных на специальном диагностическом оборудовании за 9 месяцев 2016 года. Доказано повышение качества медико-социальной экспертизы через ее объективность и достоверность, что достигнуто возможностью применять высокотехнологичное специальное диагностическое оборудование.

Annotation. An analysis of the results of research carried out on a special diagnostic equipment, for the 9 months of the year 2016. Proven to improve the quality of medical and social examination through its objectivity, that achieved the ability to apply high-tech special diagnostic equipment.

Современная экспертно-реабилитационная диагностика обладает специфичностью и отличается от диагностических исследований в лечебно-профилактических учреждениях. Она требует оценки не только нарушенных функций органов и систем, но и ограничений основных категорий жизнедеятельности. Поэтому при проведении медико-социальной экспертизы применяются высокотехнологичные методы обследования для объективизации выраженности нарушенных функций организма и степени ограничений основных категорий жизнедеятельности. Кроме того, результаты, полученные при обследовании граждан на высокотехнологичном специальном оборудовании, составляют основу для оценки реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза и имеют не только экспертную, но и реабилитационную направленность. Применение высокотехнологичного специального диагностического оборудования в учреждениях МСЭ позволит унифицировать и оптимизировать критерии медико-социальной экспертизы при различных классах болезней (Методическое пособие по методике применения специального диагностического оборудования в системе медико-социальной экспертизы) [1].

Поэтапная поставка специального диагностического оборудования в Главные бюро медико-социальной экспертизы по субъектам РФ была проведена в рамках реализации Государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2015гг.[2].

Отдел экспертно-реабилитационной работы (далее – отдел ЭРР) ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Башкортостан» Минтруда России организован 05.10.2015г. Одной из основных задач отдела ЭРР является проведение специальных видов обследования на современном высокотехнологичном специальном диагностическом оборудовании для количественной и качественной оценки степени выраженности нарушения функций организма, ограничений жизнедеятельности, что должно значительно повысить объективность формирования экспертного решения, качество проведения медико-социальной экспертизы.

Отдел ЭРР ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Башкортостан» Минтруда России в настоящее время оснащен следующим диагностическим оборудованием:

1. Медицинское диагностическое оборудование с функциями аудио- и импедансометрии. Наименование модели – Аудиометр диагностический AA222. Производитель «Interacoustics A/S». Страна производства Дания (далее – Аудиометр диагностический).
2. Шумозащитная кабина аудиометрическая. Производитель ОАО «Исток-Аудио Интернэшнл». Страна производства Россия (далее – шумозащитная кабина).
3. Аппаратно-программный комплекс для обследования вестибулярного аппарата с функциями видеонистагмографии, воздушной ирригации и вращательным стендом (креслом) электрическим – Устройство компьютерное для обследования вестибулярного аппарата с принадлежностями. Производитель «Interacoustics A/S». Страна производства Дания (далее – АПК для обследования вестибулярного аппарата).
4. Эргометр с функцией диагностической дорожки с силовой платформой – Эргометр h/p/cosmos «mercury med 4,0» с принадлежностями. Производитель «H/P/Cosmos sports & medical GmbH». Страна производства Германия (далее – Эргометр p/h/cosmos).
5. Аппаратно-программный комплекс для функциональной диагностики, оценки нарушений опорно-двигательного аппарата и нервной системы – Универсальный комплекс для функциональной оценки, диагностики и реабилитации опорно-двигательного аппарата «Примус РС» (Primus RS). Производитель BTE Technologies, INC. Страна производства США (далее – АПК «Примус РС»).

Основными возможностями представленного специального диагностического оборудования являются оценка сенсорных функций (слуховой), мышечной деятельности, параметров движения, статики и координации.

Заключения по результатам проведенных исследований оформляются в программе ЕАВИИАС в разделе «Клинико-функциональные данные», подраздел «Заключения консультантов, привлекаемых к проведению». Отчеты, оценка результатов тестирования, диаграммы, гистограммы проведенных исследований на аппаратно-программных комплексах (Эргометр p/h/cosmos, АПК «Примус РС», АПК для обследования вестибулярного аппарата) находятся в прикрепленных файлах формата PDF в разделе «Документы-основания». Таким образом, обеспечена возможность просматривать их специалистами экспертных составов главного и Федерального бюро МСЭ. Кроме того, планируется установить программное обеспечение для Аудиометра диагностического, что позволит формировать базу данных и также переводить файлы с результатами исследований в программу ЕАВИИАС.

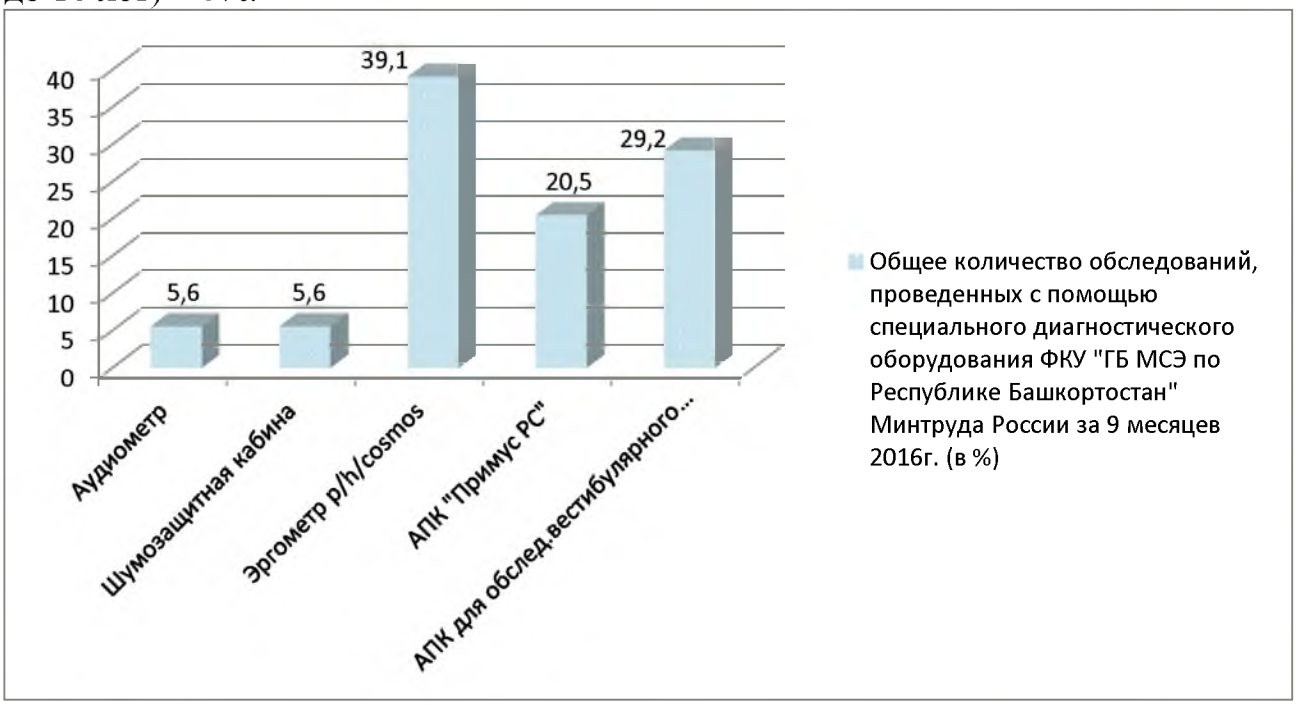
Введение в эксплуатацию специального диагностического оборудования проходило постепенно с ноября 2015г. (05.11.2015г. проведено первое исследование на АПК для обследования вестибулярного аппарата; 12.11.2015г. – на эргометре p/h/cosmos; 30.11.2015г. – на аудиометре диагностическом с применением шумозащитной кабины; 20.01.2016г. – на АПК «Примус РС»). Общее количество обследований в 2015г. составило 117.

Оценка результатов применения специального диагностического оборудования проведена по данным 2016г., когда всё имеющееся в наличии оборудование было введено в эксплуатацию в рабочем режиме.

Общее количество обследований, проведенных за 9 месяцев 2016г., составило 1515, из них: на аудиометре диагностическом с применением шумозащитной кабины - 168 (84 + 84) или (5,6% и 5,6%); на эргометре p/h/cosmos - 593 (39,1%); на АПК для обследования вестибулярного аппарата - 443 (29,2%); на АПК «Примус РС» - 311 (20,5%).

Таким образом, в совокупности на Эргометре h/p/cosmos и АПК для обследования вестибулярного аппарата проведено около 70% обследований (68,3% от общего количества обследований).

Среди экспертных составов главного бюро общее количество обследований неравнозначное, наибольшее количество обследований на всех видах диагностического оборудования в целом проведено в экспертном составе №3 – 31,3% (к общему количеству обследований, проведенных за 9 месяцев 2016г.), наименьшее – в экспертном составе №6 (для освидетельствования лиц до 18 лет) – 6%.



В других экспертных составах доля обследований составила: в экспертном составе №1 - 10,6%; экспертном составе №2 - 13,7%; экспертном составе №4 - 17%; экспертном составе №5 - 21,4%.

В каждом экспертном составе главного бюро среди всех видов диагностического оборудования чаще всего использовались Эргометр

h/p/cosmos (от 32,1% до 49,7% к общему количеству обследований, проведенных в экспертном составе главного бюро) и АПК для обследования вестибулярного аппарата (от 23,6% до 39,7% к общему количеству обследований, проведенных в экспертном составе главного бюро).

Общее количество обследований, результаты которых совпали с заключениями специалистов экспертных составов, составило – 92,8%. Наибольший процент совпадений (к общему количеству обследований, проведенных на всех видах диагностического оборудования в совокупности, результаты которых совпали) составил у Эргометра h/p/cosmos (40,8%); на втором месте – АПК для обследования вестибулярного аппарата (29,7%); на третьем месте – АПК «Примус РС» (21,5%).

Общее количество обследований, результаты которых не совпали с заключениями специалистов экспертных составов, составило – 7,2%. Наибольший процент несовпадений (к общему количеству обследований, проведенных на всех видах диагностического оборудования в совокупности, результаты которых не совпали) составил у Аудиометра диагностического с применением шумозащитной кабины (24,8% и 24,8% для каждого оборудования, т.е. около половины обследований в совокупности).

Наибольшее количество несовпадений было в сторону уменьшения степени выраженности нарушения функций организма – 53,2% (к общему количеству обследований, результаты которых не совпали с заключениями специалистов экспертных составов). Следует отметить, что все случаи несовпадений на Эргометре h/p/cosmos были в сторону уменьшения степени выраженности нарушения функций организма (100% к количеству обследований, проведенных на данном оборудовании, результаты которых не совпали). Кроме того, высокий процент несовпадений в сторону уменьшения степени выраженности нарушения функций организма составил у АПК для обследования вестибулярного аппарата (76,9% к количеству обследований, проведенных на данном оборудовании, результаты которых не совпали).

Количество обследований сторону увеличения степени выраженности нарушения функций организма составило – 46,8% (к общему количеству обследований, результаты которых не совпали с заключениями специалистов экспертных составов). Все случаи несовпадения на АПК «Примус РС» были в сторону повышения степени выраженности нарушенных функций (100% к количеству обследований, проведенных на данном оборудовании, результаты которых не совпали). Большой процент несовпадений в сторону увеличения степени выраженности нарушения функций организма был у Аудиометра диагностического с применением шумозащитной кабины (66,7% и 66,7% к количеству обследований, проведенных на данном оборудовании, результаты которых не совпали).

Таким образом, ни одного случая несовпадения в сторону повышения степени выраженности нарушения функций организма не было у Эргометра h/p/cosmos, а в сторону понижения степени выраженности нарушения функций организма – у АПК «Примус РС».

Среди основных причин несовпадений результатов исследований с заключениями специалистов экспертных составов следует отметить отсутствие объективного инструментального обследования, подтверждающего степень выраженности нарушенных функций организма качественно и количественно при направлении на медико-социальную экспертизу (особенно у пациентов с нарушением функции ходьбы и равновесия), установочное поведение пациентов, наличие болевого синдрома, сопутствующей патологии, влияющей на результаты исследования.

Для оборудования с менее достоверными результатами исследований (Аудиометр диагностический с применением шумозащитной кабины, АПК «Примус РС») в процессе обследования применяются критерии недостоверности результатов: на недостоверность результатов обследования на Аудиометре диагностическом с применением шумозащитной кабины могут указывать различные результаты порогов звуковосприятия на разных частотах при неоднократных исследованиях; на АПК «Примус РС» на это может указывать высокое значение коэффициента вариации (CV) предоставляемых пациенту трех попыток (более 15%).

Среди всех обследований, проведенных с помощью специального диагностического оборудования, наибольшее количество обследований составило в порядке обжалования – 78,9%, на втором месте – с целью проведения специальных видов обследования (16%), на третьем месте – в порядке контроля (5,1%).

Среди обследований на всех видах диагностического оборудования в совокупности наибольшую долю составили обследования у пациентов со следующими нозологическими формами: последствия острого нарушения мозгового или спинального кровообращения (далее – ОНМК, ОНСК) – 25,6%; тугоухость – 11,1%; заболевания суставов – 10,2%; энцефалопатии – 8,3%; остаточные явления детского церебрального паралича (далее – ДЦП) – 8,1%; нейропатии, в том числе посттравматические, наследственные, профессиональные – 5,6%; последствия черепно-мозговой травмы (далее – ЧМТ) – 5,2%; другие последствия травм конечностей – 4,2%.

На Эргометре h/p/cosmos наибольшую долю составили обследования у пациентов с заболеваниями суставов – 26,1%; последствиями ОНМК, ОНСК (17,9%); остаточными явлениями ДЦП (11,5%);

На АПК для обследования вестибулярного аппарата: обследования у пациентов с последствиями ОНМК, ОНСК – 40,2%; энцефалопатиями (20,8%); последствиями ЧМТ (9,7%);

На АПК «Примус РС»: обследования у пациентов с последствиями ОНМК, ОНСК – 33,5%; нейропатиями (15,4%); остаточными явлениями ДЦП (10,9%).

На Аудиометре диагностическом с применением шумозащитной кабины проводились все обследования с тугоухостью.

Заключение

1. Применяемые методики обследования на специальном диагностическом оборудовании отдела ЭРР позволяют объективизировать степень выраженности нарушения функций организма, устанавливаемую специалистами экспертных составов при клинико-функциональной диагностике у больных с нарушениями функции ходьбы, устойчивости, равновесия, снижением мышечной силы и слуховой функции.
2. Результаты проводимых исследований на специальном диагностическом оборудовании отдела ЭРР достаточно высокой степени достоверности и в большинстве случаев совпадают с результатами клинико-функциональной диагностики, проводимой специалистами экспертных составов.
3. Представленный анализ результатов исследований, проведенных на специальном диагностическом оборудовании за 9 месяцев 2016 года, подтвердил повышение качества медико-социальной экспертизы через ее объективность и достоверность, что достигнуто возможностью применять высокотехнологичное специальное диагностическое оборудование.

Список литературы

1. Методическое пособие по методике применения специального диагностического оборудования в системе медико-социальной экспертизы, ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, 2014г.
2. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2012 г. №2181-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 – 2015 годы» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, №49, ст. 6900).

УДК 616-036.865.5

Горяйнов И.В., Владимирова О.Н[1], Ленивкова С.А.

Анализ потребности в составлении программ дополнительного обследования за 2015-2016г.г.

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Санкт-Петербургу» Минтруда России,
филиал-бюро №46
[1]ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России
Санкт-Петербург

Goryaynov I.V., Vladimirova O.N.[1], Lenivkova S.A.

Analysis of the need for additional programming for the survey for the years 2015-2016

Federal state institution "Main Bureau of medical-social examination in St. Petersburg, branch office No. 46 of the Ministry of labour and social protection of Russia
[1]The Federal State Budgetary Institution «Saint-Petersburg Postgraduate of Medical experts» of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian federation

Ключевые слова: инвалид, медико-социальная экспертиза, программа дополнительного обследования, реабилитация, абилитация

Keywords: disabled, medical-social examination, supplementary examinations, rehabilitation, habilitation

Аннотация: в статье проанализированы потребности в составлении программ дополнительного обследования при проведении медико-социальной экспертизы

Abstract: the article analyzes the need in programming additional examination when carrying out medico-social examination

При проведении медико-социальной экспертизы в случаях, требующих специальных видов обследования гражданина в целях установления структуры и степени ограничения жизнедеятельности, реабилитационного потенциала, а также получения иных дополнительных сведений, может составляться программа дополнительного обследования (ПДО), которая утверждается руководителем соответствующего бюро (главного бюро, Федерального бюро). Указанная программа доводится до сведения гражданина, проходящего медико-социальную экспертизу, в доступной для него форме.

Программа дополнительного обследования может предусматривать проведение необходимого дополнительного обследования в медицинской организации, организации, осуществляющей деятельность по реабилитации, абилитации инвалидов, получение заключения главного бюро или Федерального бюро, запрос необходимых сведений, проведение обследования условий и характера профессиональной деятельности, социально-бытового положения гражданина и другие мероприятия.

После получения данных, предусмотренных программой дополнительного обследования, специалисты соответствующего бюро (главного бюро, Федерального бюро) принимают решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом.

В случае отказа гражданина (его законного или уполномоченного представителя) от дополнительного обследования и предоставления

необходимых документов решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом принимается на основании имеющихся данных, о чем делается соответствующая отметка в протоколе проведения медико-социальной экспертизы гражданина в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы.

Так же, программа дополнительного обследования составляется в день освидетельствования или в день осмотра получателя государственной услуги, в случае если медицинская организация, оказывающая лечебно-профилактическую помощь, орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, либо орган социальной защиты населения отказали гражданину в направлении на медико-социальную экспертизу, и он обратился самостоятельно в федеральное государственное учреждение медико-социальной экспертизы.

Потребность в составлении программы дополнительного обследования является отражением полноты и достоверности сведений, указанных лечебно-профилактическими учреждениями в направлении на медико-социальную экспертизу, а так же изменений нормативно-правовой базы медико-социальной экспертизы.

Было проведено исследование потребности в составлении программы дополнительного обследования в бюро МСЭ №46 педиатрического профиля за 2015г.-2016г.

Таблица 1Анализ потребности в составлении ПДО

Годы освидетельствования	Всего освидетельствовано		Выявлена потребность в составлении ПДО				Потребность в составлении ПДО не выявлена	
			Первично		Повторно		Первично	Повторно
	Первично	Повторно	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2015 год	573	1473	76	13,26	145	9,84	497	1328
2016 год*	465	1132	92	19,78	176	15,54	373	956
Итого	1038	2605	168	16,18	321	12,32	870	2284

* за период с 01.01.16г. по 31.10.16г.

По сравнению с 2015 годом, в 2016г. наблюдается рост потребности в составлении ПДО на 6,52% (с 13,26% до 19,78%) при первичном освидетельствовании и на 5,7% (с 9,84% до 15,54%) при повторном освидетельствовании. Абсолютный прирост за анализируемый период составил 16 ПДО при первичном освидетельствовании и 31 ПДО при переосвидетельствовании.

Таблица 2 Структура ПДО по виду обследований

Раздел ПДО: обследование	2015 год			2016 год*		
	Всего	Первично	Повторно	Всего	Первично	Повторно
В медицинской организации	215	75	140	254	86	168
В реабилитационных учреждениях	3	1	2	1	0	1

Условий и характера профессиональной деятельности	13	6	7	1	0	1
Социально-бытовых условий	1	0	1	1	0	1
В образовательных организациях, в том числе ПМПК	5	4	1	17	4	13
В консультации экспертных составов Главного бюро (Федерального бюро)	6	4	2	18	13	5
Итого случаев потребности в разделах ПДО	243	90	153	292	103	189

* за период с 01.01.16г. по 31.10.16г.

Из представленной таблицы следует, что, как в 2015г., так и в 2016г. основной причиной составления программы дополнительного обследования является недостаточная для вынесения экспертного решения полнота сведений, представленных при направлении детей на медико-социальную экспертизу.

Так же обращает на себя внимание, что не редко в одной программе дополнительного обследования может сочетаться потребность в заполнении одновременно нескольких разделов.

Увеличение частоты необходимости в консультативных заключениях экспертного состава Главного бюро может быть обусловлено более широким использованием детализации кресел-колясок в рамках приказа Минтруда России от 09.12.2014г. №998н с привлечением специалистов отдела экспертно-реабилитационной диагностики.

Таблица 3 Структура ПДО в зависимости от основного заболевания

Коды заболеваний по МКБ-10	2015 год			2016 год*		
	Всего	Первично	Повторно	Всего	Первично	Повторно
B 00 – B 99	1	-	1	2	2	-
C 00 – C 99	-	-	-	4	2	2
D 00 – D 99	2	1	1	4	2	2
E 00 – E 99	57	23	34	68	31	37
F 00 – F 99	1	-	1	2	2	-
G 00 – G 99	45	14	31	84	18	66
H 00 – H 99	14	1	13	17	4	13
I 00 – I 99	5	3	2	4	1	3
J 00 – J 99	21	7	14	6	-	6
K 00 – K 99	7	5	2	7	3	4
L 00 – L 99	1	1	-	-	-	-
M 00 – M 99	17	12	5	22	12	10
N 00 – N 99	1	-	1	5	3	2
P 00 – P 99	2	1	1	5	3	2
Q 00 – Q 99	54	12	42	56	17	39
R 00 – R 99	1	1	-	-	-	-
S 00 – S 99	-	-	-	2	1	1
T 00 – T 99	2	1	1	4	2	2

* за период с 01.01.16г. по 31.10.16г.

Зависимость наличия потребности в составлении программы дополнительного обследования от нозологической формы основного заболевания обусловлена значительной потребностью детей-инвалидов в технических средствах реабилитации, что наглядно демонстрирует двукратное увеличение количества ПДО у детей с неврологическими заболеваниями. Так же обращает на себя внимание факт уменьшение потребности в ПДО у детей с заболеваниями органов дыхания. В остальных случаях структура потребности в ПДО у детей с разными нозологическими формами основного заболевания совпадает

Таким образом, увеличение потребности в составлении программы дополнительного обследования может быть обусловлено недостаточностью для вынесения экспертного решения полноты сведений, представленных при направлении детей на медико-социальную экспертизу, а так же многократно менявшейся на протяжении последних лет нормативно-правовой базы медико-социальной экспертизы.

Список литературы:

1. Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 N 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом»
2. Приказ Минтруда России №998н от 9 декабря 2014 г. «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации»

УДК 616.052 + 159.072

Кривенков С.Г.,.Фидарова З.Д

Методическое обеспечение и опыт компьютерного тестирования при экспертно-реабилитационной диагностике пациентов терапевтического профиля

ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург

S.G.Krivenkov, Z.D.Fidarova

Methodological support and experience of computer-based testing in expertise and rehabilitation diagnostics of patients of therapeutic profile

St. Petersburg Scientific and Practical Center of Medical-Social Expertise, Prosthetics and Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: методики психодиагностического тестирования, пациенты с сердечно-сосудистой патологией, пациенты с черепно-мозговыми травмами в анамнезе

Keywords: methods of psycho-diagnostic testing, patients with cardiovascular disease, patients with craniocerebral trauma in anamnesis

Аннотация. В тезисах охарактеризован отработанный в ходе многолетнего сотрудничества отдела профессиональной и психологической реабилитации инвалидов и терапевтического отделения клиники Центра им. Г.А.Альбрехта набор компьютеризованных версий психодиагностических методик, применяемый в двух вариантах – для пациентов трудоспособного возраста с сердечно-сосудистой патологией и для пациентов с сочетанной патологией, включающей наличие в анамнезе черепно-мозговых травм, в том числе военных травм

Abstract. Theses characterized the waste during long-term cooperation of the Department of professional and psychological rehabilitation of the disabled and therapeutic Department of the clinic G. Albrecht Center a set of computerized versions of the diagnostic techniques applied in two variants – for patients of working age with cardiovascular disease and for patients with combined pathology, including a history of traumatic brain injury, in particular war injuries

Нами в течение ряда лет осуществляется совместное использование компьютеризованных версий ряда психодиагностических и профориентационных тестовых методик для пациентов терапевтического отделения клиники ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России. Сложился практически эффективный набор экспресс-методик, полезных при экспертно-реабилитационной диагностике. Основной поток пациентов отделения составляют больные с сердечно-сосудистой патологией. Для других больных (диабет, астма, генетические аномалии) отработанный пакет методик также подходит.

Особняком стоит контингент больных с наличием в анамнезе (наряду с основной инвалидизирующей патологией) черепно-мозговых травм. Обстоятельства травм могут быть различны – производственные, спортивные, дорожно-транспортные происшествия, криминальные нападения, военные травмы. В последнем случае необходимо также учитывать возможные проявления посттравматического синдрома (PTSR). Поэтому для больных с сочетанной патологией (включая ЧМТ) набор методик был дополнен. Кроме того, по показаниям части этих больных (23 пациента за 2015 и 2016 годы) проводились сеансы биологической обратной связи с целью обучения пациентов навыкам повышения концентрации внимания. При необходимости, по показаниям, могут дополнительно использоваться другие компьютеризованные тестовые методики, разработанные и апробированные ранее с нашим участием.

Перечислим методы, используемые нами при эспертно-реабилитационной диагностике терапевтических больных без сочетанной патологии неврологического характера. Это экспресс-тестирование с целью определения профиля личности (тест «Мини-мульт»); проективный тест Сцонди с клиническими шкалами и интерпретатором, позволяющим оценить общие характерологические особенности, включая эмоциональную лабильность и конфликтность; тест Басса – Дарки (диагностика структуры агрессивности и враждебности); профориентационный тест Голланда (выявление ведущих типов личности по отношению к предмету труда для лиц трудоспособного возраста, имеющих позитивную или нейтральную трудовую установку); тест «Цветовые ассоциаты» (выявление индивидуальных проблемных зон личности). В комплексе используемые тесты позволяют также диагностировать аггравацию.

В случае наличия ЧМТ в анамнезе дополнительно проводим тест ИТТ (определение уровня интегративной, личностной и ситуативной тревожности и и покомпонентной структуры тревожности); тест «Индекс жизненного стиля» (сравнительная выраженность восьми основных типов поведения в стрессовых ситуациях); тест PTSR (выявление посттравматической симптоматики, включая диссоциативную).

Сопоставление шкал методик основного набора тестов с клиническими показателями для пациентов с сердечно-сосудистой патологией было осуществлено ранее в диссертационной работе З.Д.Фидаровой. Вывод о практической эффективности отработанного набора методик основывается на достаточно большом числе протестированных пациентов – за 2015 и январь-сентябрь 2016 года это 127 человек только с нашим личным участием. Дополнительным преимуществом используемых методик является их компьютеризованность, что позволяет получать достаточно обширную информацию при обследовании, которое, как правило, продолжается не более часа.

Список литературы.

1. Кривенков С.Г. Особенности экспресс-психодиагностики различных контингентов лиц молодого возраста. – СПб., – 2002. – 80 с.

2. Фидарова З.Д. Клинико-функциональные особенности ограничений жизнедеятельности больных ишемической болезнью сердца пожилого возраста, перенесших хирургическую реоваскуляризацию миокарда. Автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук. СПб Институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН. – СПб. – 2013.

УДК 376.2:331.53(493)

Декуман Саския, Франсуа Перл

ПОМОЩЬ В РЕАБИЛИТАЦИИ И ВОЗВРАТУ К РАБОТЕ ПУТЕМ СТИМУЛИРОВАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ И ОБУЧЕНИЯ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН

Департамент компенсационных выплат Национального института страхования по болезни и инвалидности, Брюссель, Бельгия

Decuman Saskia, François Perl

SUPPORTING RETURN TO WORK BY STIMULATING RESEARCH AND EDUCATING STAKEHOLDERS

Department of Benefits of The National Institute of Health and Disability Insurance, Brussels, Belgium

Ключевые слова: профессиональная реабилитация – возврат к работе - центр знаний - исследования - образование - работа по вопросам инвалидности

Keywords: vocational rehabilitation – return to work- center of knowledge – research – education – disability management

Аннотация. В Бельгии, как во многих странах, растет количество нетрудоспособных людей. Помимо того, прослеживается общая тенденция к инвалидизации по линии психических расстройств и заболеваний опорно-двигательного аппарата. Помимо законодательных мер, Национальный институт страхования по болезни и инвалидности предпринимает иные инициативы.

Во-первых, Национальный институт страхования по болезни и инвалидности задался целью стимулировать конкретные исследования в области проблем возврата к работе. Кроме того, была видна необходимость в более формальном и структурированном внутреннем и международном сотрудничестве. Для достижения этих целей Национальный институт страхования по болезни и инвалидности создал центр знаний. С самого начала своей деятельности (2013 г.) центр запустил 30 исследовательских программ. Организуются регулярные встречи с заинтересованными лицами, на которых представляются результаты. Такая многопрофильная платформа предполагает критические обзоры, исследования и обратную связь. Таким образом, заинтересованные лица максимально участвуют в разработке и распространении результатов исследований. Центр знаний также ведет активную деятельность по линии преемственных проектов и исследований, начатых нашими партнерами.

Во-вторых, Национальный институт страхования по болезни и инвалидности стремится разрабатывать более прогрессивные методы для поддержки профессионалов в области проблем возврата к работе. Одним из

инструментов является предложенная им широкая образовательная программа. Институт решил реализовать 25-модульный план работы по вопросам инвалидности, разработанный Канадским Национальным институтом менеджмента и исследований по вопросам инвалидности. Была предпринята двухфазная процедура для реализации программы в Бельгии. На первом этапе специалисты, изучив учебную программу, указали, что учебный материал требует модификации для соответствия бельгийскому контексту социального обеспечения. На втором этапе был произведен публичный поиск экспертов по вопросам инвалидности, которые могли бы адаптировать учебный материал к бельгийскому контексту и преподать этот материал. Критерии привлечения преподавателей были многоплановыми. Национальный институт страхования по болезни и инвалидности поручил осуществление указанной программы междисциплинарному консорциуму экспертов по инвалидности с различной профессиональной подготовкой (врачи, занимающиеся профессиональными болезнями/вопросами страхования, специалисты по трудотерапии, психологи и пр.). Начался первый год реализации программы. В конце обучения предусматривается сертификационный экзамен.

В заключение: Национальный институт страхования по болезни и инвалидности предпринимает целый ряд инициатив для поддержки разработок в области возврата инвалидов к работе. В последующие годы результаты исследования потребуют дальнейшего внедрения, и все большее число профессионалов будет обучаться работе с инвалидами для соответствующего расширения повседневной практики.

Abstract. Belgian has, as many countries, increasing rates of people on work disability (WD). Also a general trend is the high prevalence of WD due to mental disorders or musculoskeletal diseases. Besides legislative measures, the National Institute of Health and Disability Insurance (NIHDI) launches other initiatives.

Firstly, the NIHDI wanted to stimulate research specific in the field of return to work (RTW). Moreover (inter)national networking needed to be more formal and structured. To obtain these goals the NIDHI created a center of knowledge. Since the start (2013) the center has launched 30 studies. Regularly meetings are organized with the stakeholders to present results. This multidisciplinary platform can critical review the studies and give feedback. Thereby stakeholders are maximal involved in development and distribution of study results. The center of knowledge is also very active in follow-up of projects and studies launched by our partners.

Secondly, the NIHDI wants to develop hand-on tools to support professionals in the field of RTW. One tool is offering a broad educational framework The NIHDI has chosen to organize the 25-modules DM curriculum developed by the Canadian National Institute of Disability Management and Research (NIDMAR). A 2-step procedure was followed to implement the program in Belgium. In a first step experts screened the curriculum and showed that the educational material needs modification to meet the Belgium social security context. The second step was the launch of a public call to search DM-experts who can adapt

the educational material to the Belgian context, and teach the material. Teachers had to fulfil different inclusion criteria. The NIHDI assigned the task to a multidisciplinary consortium of DM-experts with a different professional background (occupational/ insurance physicians, occupational therapists, psychologists, …). The first year of the program has started. At the end of the education, a certification-exam is foreseen.

To conclude: many initiatives are taken by the NIHDI to support policy development in the field of RTW. In the upcoming years the study results will require further implementation and more and more professionals will be receiving the DM-educational framework to support them in their daily practice.

Введение

В Бельгии, как во многих странах, растет количество нетрудоспособных людей[1]. Помимо того, прослеживается общая тенденция к инвалидизации по линии психических расстройств и заболеваний опорно-двигательного аппарата. Для решения этих проблем правительство предприняло инициативы на многих уровнях по стимулированию возврата инвалидов к работе. В частности, люди, которые не работают в связи с болезнью/несчастным случаем, могут постепенно возвращаться к работе. Они получают зарплату за те часы, которые они работают, плюс пособия. Существуют также системы профессионального переобучения, которые позволяют инвалидам совершенствовать свои навыки и получить новые знания, чтобы иметь возможность вернуться к оплачиваемой работе[2].

Помимо таких законодательных мер, Национальный институт страхования по болезни и инвалидности выступил и с другими инициативами. В данной статье рассматриваются две из них, а именно, создание и расширение центра знаний по линии нетрудоспособности и осуществление образовательной программы по вопросам инвалидности.

Методы

1. *Расширение исследований центра знаний в области нетрудоспособности.*

Национальный институт страхования по болезни и инвалидности задался целью стимулировать конкретные исследования в области проблем возврата к работе. Кроме того, была видна необходимость в более формальном и структурированном внутреннем и международном сотрудничестве. Для достижения этих целей Национальный институт страхования по болезни и инвалидности создан центр знаний.

Одним из основных направлений деятельности является публичный призыв к участию в исследованиях. Результаты приглашения приводятся в ежегодной учебной программе, утвержденной всеми заинтересованными лицами. Центр знаний гарантирует последующую работу в рамках проектных исследований и стремится осуществить принятые решения. Существуют жесткие требования касательно соглашений с исследователями, и таким

образом исследования согласуются с миссией отдела. Помимо нашей собственной программы обучения, центр поддерживает других заинтересованных лиц, осуществляющих исследования в области профессиональной реабилитации и нетрудоспособности.

Еще одной важной задачей центра знаний является интеграция международного сотрудничества в нашу повседневную деятельность, что предполагает встречи с заинтересованными лицами, посещение конгрессов, распространение знаний, полученных от заинтересованных лиц, исследователей и т.д.

2. *Реализация программы работы с инвалидами*

Профессиональная реабилитация/возвращение к работе - сложный вопрос, в который вовлечены различные заинтересованные лица, часто в сложном законодательном контексте. Кроме того, процесс определения соответствия должности, часто имеющий место при возврате к работе, требует определенной компетенции участвующих специалистов. Базовое образование последних (например, врачей-профпатологов, медицинских консультантов, специалистов по трудотерапии ...) может оказаться недостаточным, чтобы надлежащим образом отслеживать и направлять процесс возврата инвалида к работе[4]. В этой связи Национальный институт страхования по болезни и инвалидности стремится разрабатывать практические инструменты поддержки профессионалов. Одним из инструментов является широкая образовательная база в вопросах нетрудоспособности. Канадский Национальный институт менеджмента и исследований по вопросам инвалидности как раз предлагает такую программу из 25 модулей [3].

Менеджмент нетрудоспособности предполагает устройство инвалидов на работу, чтобы они могли заниматься делом, а если они по какой-либо причине прекращают работу – постараться обеспечить их скорое возвращение. Менеджмент нетрудоспособности предполагает упрощение трудоустройства лиц с ограниченными возможностями посредством скоординированных усилий, с учетом индивидуальных потребностей, условий работы, потребностей предприятия и юридической ответственности [5-6].

Для реализации программы в Бельгии Национальный институт страхования по болезни и инвалидности придерживался двухступенчатой процедуры.

На первом этапе (2014 г.) специалисты, изучив учебную программу, указали, что учебный материал требует модификации для соответствия бельгийскому контексту социального обеспечения.

На втором этапе (2015 г.) был произведен публичный поиск экспертов по вопросам инвалидности, которые могли бы а) адаптировать учебный материал к бельгийскому контексту б) преподать этот материал. Критерии привлечения преподавателей были следующими: глубокое знание вопросов инвалидности и

бельгийского социального обеспечения, навыки преподавания, определенный профессиональный профиль для освоения содержания каждого модуля (например, для законодательного модуля мы искали специалистов с юридическом образованием и опытом работы), практический опыт в области помощи инвалидам, научный опыт (научные исследования, публикации, презентации); эксперты должны были профессионально заниматься вопросами инвалидности (речь шла о широкой группе профессионалов и заинтересованных лиц в области менеджмента нетрудоспособности).

Результаты

1. Центр знаний по изучению вопросов нетрудоспособности

С начала 2013 года центр запустил 30 исследовательских проектов. В таблице один приведен краткий обзор состояния исследований.

Таблица 1. Статус различных исследований

Статус	**Число проектов (30)**
Завершенных	6
На последней стадии	2
Сбор данных	5
Изучение литературы	2
Утвержден протокол; руководящая группа и управляющий совет - в процессе разработки	6
Исследование ждет утверждения	6
Протокол находится в разработке	3

Исследования сосредоточены на основных вопросах возвращения инвалидов к работе, а именно профессиональная реабилитация, взаимодействие заинтересованных лиц, оценка нетрудоспособности (среди прочего в контексте правового признания нетрудоспособности), барьеры для возврата к работе, как их видят основные участники проекта, положительный эффект работы, направленной на восстановление здоровья...

Большая часть исследований уделяет основное внимание вопросам психического здоровья, заболеваниям опорно-двигательной системы и/или (хроническим) болевым симптомам. С окончательным отчетом по исследованиям можно ознакомиться на веб-сайте Национального института

страхования по болезни и инвалидности; таким образом, результаты доступны для всех заинтересованных лиц.

Организуются регулярные встречи с заинтересованными лицами, на которых представляются результаты текущих исследований. Такая многопрофильная платформа предполагает критические обзоры, исследования и обратную связь. Таким образом, заинтересованные лица максимально участвуют в разработке и распространении результатов исследований.

Центр знаний также ведет активную деятельность по линии преемственных проектов и исследований, начатых нашими партнерами. Инициативы государственных и негосударственных учреждений приветствуются и реализуются.

2. *Программа менеджмента нетрудоспособности*

Национальный институт страхования по болезни и инвалидности поручил (с 2016 года) осуществление указанной программы междисциплинарному консорциуму экспертов по инвалидности - специалистов с различной профессиональной подготовкой (врачи, занимающиеся профессиональными болезнями/вопросами страхования, специалисты по трудотерапии, психологи и пр.). Начался первый год реализации программы (23.02.2016), который закончится в январе 2017 г. В конце обучения предусматривается экзамен (организованный Национальным институтом страхования по болезни и инвалидности под руководством Бельгийского агентства по тестированию и Экзаменационной комиссии). По результатам сдачи экзамена студенты получит сертификат «координатора по вопросам трудоустройства инвалидов» или «специалиста по менеджменту в области нетрудоспособности».

Выводы. Учитывая рост числа людей, лишившихся трудоспособности, Национальный институт страхования по болезни и инвалидности выдвинул ряд инициатив, направленных на возвращение инвалидов к работе. В ближайшие годы исследования центра знаний потребуют реализации результатов. Среди прочих это разработка соответствующей политики и практические рекомендации для лиц, участвующих в программах возврата к работе.

Кроме того, все большее число профессионалов будет обучаться работе с инвалидами для соответствующего расширения повседневной практики.

Список литературы

1. http://www.riziv.fgov.be/fr/publications/Pages/etude_incapacite_si.aspx#.V_-qja3r3IU. Обращение к ссылке - 13 октября 2016 года.
2. http: //www.riziv.fgov.be/fr/themes/reinsertion/Pages/default.aspx#.V_-rD63r3IU. Обращение к ссылке - 13 октября 2016 года.
3. https: //www.nidmar.ca/index.asp. Обращение к ссылке - 13 октября 2016 года.
4. Гарднер Б, Прански Г, Шоу В, Нха Хонг К, Луазель П. Научные перспективы по линии компетенции координаторов возврата инвалидов к трудовой деятельности. Дисабил Рехабил 2009; 32 (1): 72-78.

5. Уильямс РМ, Вестморланд М. Перспективы менеджмента нетрудоспособности по линии трудоустройства: обзор литературы. Работа 2002; 19 (1): 87-93.
6. Генсби У, Лабриола М, Ирвин Е, Амик БС, Лунд Т. Классификация программ менеджмента нетрудоспособности по линии трудоустройства: результаты систематического обзора. Дж Трудовая реабилитация 2014; 24 (2): 220-241.

УДК 376.2:331.53(493)

Decuman Saskia, François Perl

SUPPORTING RETURN TO WORK BY STIMULATING RESEARCH AND EDUCATING STAKEHOLDERS

Department of Benefits of The National Institute of Health and Disability Insurance, Brussels, Belgium

Full paper

Keywords: vocational rehabilitation – return to work- center of knowledge – research – education – disability management

Abstract. Belgian has, as many countries, increasing rates of people on work disability (WD). Also a general trend is the high prevalence of WD due to mental disorders or musculoskeletal diseases. Besides legislative measures, the National Institute of Health and Disability Insurance (NIHDI) launches other initiatives.

Firstly, the NIHDI wanted to stimulate research specific in the field of return to work (RTW). Moreover (inter)national networking needed to be more formal and structured. To obtain these goals the NIDHI created a center of knowledge. Since the start (2013) the center has launched 30 studies. Regularly meetings are organized with the stakeholders to present results. This multidisciplinary platform can critical review the studies and give feedback. Thereby stakeholders are maximal involved in development and distribution of study results. The center of knowledge is also very active in follow-up of projects and studies launched by our partners.

Secondly, the NIHDI wants to develop hand-on tools to support professionals in the field of RTW. One tool is offering a broad educational framework The NIHDI has chosen to organize the 25-modules DM curriculum developed by the Canadian National Institute of Disability Management and Research (NIDMAR). A 2-step procedure was followed to implement the program in Belgium. In a first step experts screened the curriculum and showed that the educational material needs modification to meet the Belgium social security context. The second step was the launch of a public call to search DM-experts who can adapt

the educational material to the Belgian context, and teach the material. Teachers had to fulfil different inclusion criteria. The NIHDI assigned the task to a multidisciplinary consortium of DM-experts with a different professional background (occupational/ insurance physicians, occupational therapists, psychologists, …). The first year of the program has started. At the end of the education, a certification-exam is foreseen.

To conclude: many initiatives are taken by the NIHDI to support policy development in the field of RTW. In the upcoming years the study results will require further implementation and more and more professionals will be receiving the DM-educational framework to support them in their daily practice.

Introduction

Belgian has, as many countries, increasing rates of people on WD[1]. Also a general trend is the high prevalence of WD due to mental disorders or musculoskeletal diseases. To tackle these trends the government has taken, on many levels, initiatives to stimulate RTW. E.g. people off work due to a disease/ private accident can progressively RTW. They receive a salary for the hours they work, supplemented with benefits. There are also systems for professional re-education which make it possible for patients to update their skills or to obtain new competences to be able to return to a paid job[2].

Beside this legislative measures, the NIHDI launched other initiatives. This paper focusses on two of them, namely the development of a center of knowledge in work incapacity and the implementation of the DM educational framework.

Methods

Development of a center of knowledge in work incapacity.

The NIHDI wants to stimulate research specific in the field of RTW, among others vocational rehabilitation. Moreover (inter)national networking needed to be done more formal and structured. To obtain these goals the department of benefits of the NIDHI created a center of knowledge.

One of the major activities is the launch of a call for studies. The results of the call are translated in a yearly study program, approved by all relevant stakeholders. The center of knowledge guarantees the follow-up of the studies and strives to foresee implementation into policy decisions. In the agreements with the researchers strict requirements are made so the studies align with the missions of the department. Besides our own study program the center supports other stakeholders performing research in the field of vocational rehabilitation and WD.

Another major mission of the center of knowledge is integrating (inter)national networking in our daily activities by meeting our stakeholders, visiting congresses… and share the knowledge collected with the stakeholders, the researchers etc.

Implementation of the disability management program

Vocational rehabilitation/ RTW is a complex issue involving many different stakeholders and often in a complex legislative context. Moreover the process of job matching, often required in RTW, needs specific competences of the professionals involved. The basic education of the latter (e.g. occupational physicians, medical advisers, occupational therapists, …) may not be enough to adequately guide the RTW process of the person on WD[4]. Therefor, the NIHDI wants to develop hand-on tools to support professionals. One tool is offering a broad educational framework in the domain of WD. The Canadian National Institute of Disability Management and Research (NIDMAR) offers such a 25-modules DM curriculum[3].

DM is a work placed-based approach with the aim to keep people with a disability at work or if they dropped out, to RTW as early as possible. The DM-program is designed to facilitate the employment of persons with a disability through a coordinated effort and taking into account individual needs, work environment, enterprise needs and legal responsibilities[5-6].

The NIHDI followed a 2-step procedure to implement the program in Belgium.

In a first step (2014) experts screened the curriculum and showed that the educational material needs modification to meet the Belgium social security context.

The second step was to launch a public call (2015) to search DM-experts who can a) adapt the education material to the Belgian context, and b) teach the material. Inclusion criteria for experts were: in-depth knowledge on DM and Belgian social security, teaching skills, specific background to meet the content of each module (e.g. for the legislation module, we looked for experts with a judicial background), practical experience in DM, scientific experience (research, publications, presentations), and experts with a clear network in DM (knowledge about the broad group of professionals and stakeholders in DM).

References

[1] http://www.riziv.fgov.be/fr/publications/Pages/etude_incapacite_si.aspx#.V_-qia3r3IU. Consulted on the 13th October 2016.

[2]http://www.riziv.fgov.be/fr/themes/reinsertion/Pages/default.aspx#.V_-rD63r3IU. Consulted on the 13th October 2016.

[3]https://www.nidmar.ca/index.asp. Consulted on the 13th October 2016.

4 Gardner B, Pransky G, Shaw W, Nha Hong Q, Loisel P. Researcher perspectives on competencies of return-to-work coordinators. Disabil Rehabil 2009;32(1):72-78.

[5] Williams RM, Westmorland M. Perspectives on workplace disability management: a review of the literature. Work 2002;19(1):87-93.

[6]Gensby U, Labriola M, Irvin E, Amick BC, Lund T. A Classification of Components of Workplace Disability Management Programs: Results from a Systematic Review. J Occup Rehabil 2014;24(2):220-241.

УДК 616-036.82/.85(476)

Смычек В.Б.

РЕАБИЛИТАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации Минздрава Республики Беларусь, Минск, Беларусь

Smychek V.B.

REHABILITATION IN THE REPUBLIC OF BELARUS: STATE AND PROSPECTS

National Science and Practice Center of Medical assessment and Rehabilitation Ministry of Health of the Republic of Belarus, Minsk, Republic of Belarus

Ключевые слова: медицинская реабилитация, отделения реабилитации, мероприятия.

Keywords: medical rehabilitation, rehabilitation department, activities

Аннотация. В статье излагаются подходы к проведению медицинской реабилитации в Республике Беларусь. Приводится число реабилитационных стационарных отделений и коек для взрослого населения и детей. Излагаются основные перспективные направления дальнейшего развития медицинской реабилитации.

Abstract. The article describes approaches to conducting of medical rehabilitation in the Republic of Belarus. Shows the number of rehabilitation inpatient wards and beds for adults and children. Set out the basic perspective directions of further development of medical rehabilitation.

С целью профилактики инвалидности, снижения или полного устранения инвалидизирующих последствий заболевания или травмы должна осуществляться реабилитация, включающая не только медицинские, но и профессиональные, социальные мероприятия. Реабилитация – сложный, многогранный процесс, включающий в себя различные аспекты, которые одной формулировкой объединить крайне сложно.

В каждом конкретном случае перед реабилитологами стоят конкретные задачи, направленные на максимальную интеграцию пациента в общество. Эти задачи могут включать как чисто медицинские аспекты, так и необходимость в проведении экспертизы профессиональной пригодности, подбора профессии, рационального трудоустройства, оказания помощи службы занятости, оказания социальных услуг, предоставления различных технических средств

реабилитации. То есть, пациент может нуждаться в каком-либо одном конкретном виде реабилитации или в нескольких ее видах.

В Республике Беларусь функционирует служба медицинской реабилитации, представленная на всех уровнях: межрайонном, городском, областном и республиканском стационарными и амбулаторно-поликлиническими отделениями медицинской реабилитации, как для взрослого, так и для детского населения.

На всех уровнях проведения медицинской реабилитации должны соблюдаться основные принципы медицинской реабилитации: раннее начало, преемственность, комплексность, этапность, непрерывность, индивидуальный подход [1, 2].

Медицинская реабилитация осуществляется посредством применения немедикаментозных методов воздействия (психотерапия, технологии лечебной физкультуры, эрготерапия, аппаратная физиотерапия, водолечение, теплолечение, массаж, рефлексотерапия, мануальная терапия, другие методы) на фоне лекарственной терапии.

Реабилитация осуществляется в стационарных и амбулаторных условиях:

- на республиканском уровне – в республиканских центрах и больницах;
- на областном уровне – в областных больницах, центрах (больницах) медицинской реабилитации;
- на городском (районном) уровне – в городских (районных) больницах (центрах) и поликлиниках.

По состоянию на 01.08.2016г. в государственных организациях здравоохранения республики функционирует 324 отделения медицинской реабилитации (с учетом отделений организаций республиканского подчинения), в том числе 98 стационарных и 226 амбулаторно-поликлинических.

Развернуто 4786 реабилитационных коек, в том числе 2784 койки для взрослого населения и 2002 койки для детей.

На базе городских и районных поликлиник организованы отделения медицинской реабилитации, включающие: дневные стационары (стационары дневного пребывания); отделения восстановительного лечения; кабинеты психотерапии и психологии; кабинеты трудотерапии; кабинеты механотерапии; кабинеты врачебного контроля за занимающимися физической культурой; диспансерные кабинеты; анамнестические кабинеты. Центры и отделения реабилитации располагают методами инструментального и лабораторного контроля.

Отделения (центры) медицинской реабилитации имеют методическую базу, основой которой являются протоколы медицинской реабилитации, утвержденные Министерством здравоохранения. При проведении реабилитационно-экспертной диагностики оценивается реабилитационный потенциал, устанавливается клинико-функциональный диагноз, определяется реабилитационный прогноз, функциональный класс нарушений, категорий ограничений жизнедеятельности. После проведения реабилитационно-

экспертной диагностики составляется индивидуальная программа медицинской реабилитации пациента, в которой отражаются мероприятия физической, психологической реабилитации, необходимая медикаментозная терапия, физиотерапевтические мероприятия, порядок проведения «школ больных».

Назначение реабилитационных мероприятий при различной патологии, как правило, осуществляется мультидисциплинарной бригадой отделения медицинской реабилитации, в состав которой входят врач-реабилитолог, психолог, психотерапевт; голосоречевой терапевт; врач ЛФК, либо инструктор, непосредственно работающий с конкретным пациентом; эрготерапевт; реабилитационная сестра и персонал по уходу; сам пациент и в ряде случаев члены его семьи.

Технология реализации реабилитационных мероприятий на каждом из этапов, сроки перевода в стационарное отделение медицинской реабилитации, длительность пребывания в нем в зависимости от клинико-функционального диагноза, показания и противопоказания к проведению активной медицинской реабилитации утверждены в Приказе №1300 Министерства здравоохранения от 10.12.2004 года «О порядке оказания медицинской реабилитации в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, а также вне организаций здравоохранения» [3].

Соблюдение этапности и полноты предлагаемых на сегодняшний день реабилитационных программ и мероприятий с целью полнейшего восстановления нарушенных функций органов и систем позволяет минимизировать ограничения жизнедеятельности и вернуть пациента в повседневную жизнь с наименьшими последствиями перенесенных заболеваний, влияющих на качество его жизни, а также к полноценному труду и занятости.

Медицинская реабилитация детей осуществляется в стационарных и амбулаторных условиях, на трех уровнях: республиканском, областном и межрайонном, в соответствии с протоколами медицинской реабилитации детей с заболеваниями, которые чаще всего приводят к инвалидности.

За 2015 г. в отделениях медицинской реабилитации прошло реабилитацию 362 016 детей, в т.ч. детей-инвалидов – 23 209:

- в стационарных отделениях – 36 137 детей,
  из них детей-инвалидов – 4 814 чел.,
- в амбулаторно-поликлинических отделениях – 325 879 детей,
  из них детей-инвалидов – 18 395 чел.

В соответствии с Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 11 декабря 2007 г. №1722 «О Государственном реестре (перечне) технических средств социальной реабилитации и порядке обеспечения ими отдельных категорий граждан» дети-инвалиды в возрасте до 18 лет обеспечиваются техническими средствами социальной реабилитации, включенными в Государственный реестр (перечень) технических средств социальной реабилитации (далее – Государственный реестр), на основании

индивидуальной программы реабилитации или заключения ВКК государственной организации здравоохранения [4].

Государственный реестр включает в себя 67 наименований технических средств социальной реабилитации, из них 59 – для обеспечения детей-инвалидов в возрасте до 18 лет.

В настоящее время в Республике Беларусь определены основные перспективные направления развития медицинской реабилитации и экспертизы на ближайшие годы:

- повышение уровня объективности оценки ограничений жизнедеятельности инвалидов и обоснованности назначения методов и средств реабилитации инвалидов;
- повышение доступности и эффективности медицинской реабилитации на всех этапах оказания реабилитационной помощи пациентам;
- разработка инновационных подходов к организации и проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов с учетом положений МКФ;
- разработка высокотехнологичных методов и комплексных технологий медицинской реабилитации при основных нозологических формах инвалидизирующих заболеваний.

При этом планируется решение следующих задач:

1. Разработать новые современные технологии реабилитации в условиях развития единой сети реабилитационной помощи на различных этапах и уровнях ее оказания: медицинском, профессиональном, социальном.
2. Разработать автоматизированные информационно-коммуникационные системы для мониторинга персонифицированных данных инвалидов, аудита, анализа и оценки эффективности реабилитации инвалидов с учетом межведомственного исполнения индивидуальной программы реабилитации инвалидов.
3. Усовершенствовать подходы к решению вопросов временной нетрудоспособности и решению экспертных вопросов деятельности врачебно-консультационных экспертных комиссий организаций здравоохранения в отношении взрослых и детей.
4. Разработать критерии медико-социальной эффективности высокотехнологичной медицинской помощи, разработать и создать систему контроля и управления качеством медицинской помощи на всех уровнях ее оказания.
5. Разработать научно-обоснованные эволюционные подходы к переходу на Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.
6. Разработать методические и организационно-технологические аспекты повышения качества системы экспертизы временной нетрудоспособности, включающие оптимизацию информационного обеспечения, алгоритмизацию проведения экспертизы временной

нетрудоспособности, организацию взаимодействия субъектов экспертного процесса.

Решение поставленных задач и внедрение новых научных разработок в практику здравоохранения позволит достичь: медицинского эффекта - за счет повышения доступности реабилитационной помощи, минимизации и преодоления структурно-функциональных нарушений, приводящих к формированию ограничений жизнедеятельности пациентов, восстановлению их активной независимой жизни и трудоспособности; экономического эффекта - за счет снижения показателей заболеваемости с временной нетрудоспособностью, первичной инвалидности и ее тяжести; социального эффекта - за счет улучшения качества жизни пациентов и участия в социальной жизни общества. Внедрение научных разработок по результатам выполненных исследований в практику здравоохранения будет способствовать оптимизации и повышению объективности принятия экспертных решений, совершенствованию и унификации экспертных подходов, общему развитию реабилитационного направления.

Список литературы

1. Смычёк, В.Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В.Б. Смычек, Г.Я. Хулуп, В.К. Милькаманович. – Минск: ЮНИПАК, 2005. – 420 с.
2. Смычёк В.Б. Реабилитация больных и инвалидов». М., Медицинская литература.2009. – 560 с.
3. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.12.2004 г. №1300 «О порядке оказания медицинской реабилитации в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, а также вне организаций здравоохранения».
4. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 11.12.2007 г. №1722 «О Государственном реестре (перечне) технических средств социальной реабилитации и порядке обеспечения ими отдельных категорий граждан».

УДК 616.61-056.24-036.82/.865:006.032

Кускова С.П.

К ВОПРОСУ ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ

Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, Республика Беларусь, пос. Городище

Kuskova S.P

National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation, Belarus, Gorodische

Ключевые слова: Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, функции организма, экспертно-реабилитационная диагностика, оценка, реабилитация, хронический пиелонефрит.

Key words: International Classification on Functioning, Disability and Health (icf), body function, body structures, assessment, rehabilitation, chronic pyelonephvitis

Аннотация: Цель исследования – разработка экспертно-реабилитационной диагностики состояния пациентов с хроническим пиелонефритом с позиций МКФ.

Выделены наиболее значимые коды для объективизации критериев нарушений функций органов и систем, вовлеченных в патологический процесс при хроническом пиелонефрите. Разработаны критерии оценки отклонений или утрат функций и структур организма, ранжированные по 5 – ти бальной шкале в зависимости от степени выраженности проблем в функционировании, выявленных при экспертно-реабилитационной диагностике состояния организма пациентов с хроническим пиелонефритом.

Abstract: The aim of the study was to develop for expert and rehabilitation diagnostics status of patients with chronic pyelonephritis from the stand point of ICF.

The most significant codes were selected for objectivation of criteria for organ and organ systems dysfunctions, which are involved in chronic pyelonephritic process. We developed criteria for evaluation of deviations or loss of functions and host structural elements, graded them with 5-point scale depending on identified during expert rehabilitation estimation of host state dysfunction severity.

Распространенность хронического пиелонефрита в европейской популяции трудоспособного возраста колеблется от 0.5 до 3.0%. У женщин до 40 лет заболеваемость в 75% случаев выше по сравнению с мужчинами.

Хронический пиелонефрит развивается на протяжении 10-15 лет, характеризуется скудностью общеклинических симптомов вследствие медленного вялого течения воспалительного процесса в интерстициальной ткани почки и заканчивается в зависимости от наличия и степени нарушения оттока мочи из почечной лоханки развитием сморщенной почки или хронической почечной недостаточности.

Изложенное требует совершенствования подходов к медицинской реабилитации, разработки новых научно-обоснованных технологий и

объективных критериев оценки реабилитации, внедрения новых международных подходов в области реабилитации, рекомендованных ВОЗ.

С позиций системного подхода реабилитация рассматривается как комплекс мероприятий, направленных на максимальное восстановление или компенсацию утраченных функций, достижением максимальной адаптации в реальной жизненной ситуации. Этому подходу соответствует принятая в 2001г. 54-й сессией Всемирной Ассамблеи здоровья Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

МКФ предложена в качестве стандарта описания здоровья и измерения нарушения здоровья унифицированным стандартным языком.

Цель исследования**.** Разработать экспертно-реабилитационную диагностику состояния пациентов с хроническим пиелонефритом с позиций МКФ.

Материал и методы. Объект исследования – пациенты с хроническим пиелонефритом. Выполнено клинико-функциональное обследование 25 пациентов с хроническим пиелонефритом, из них 18 (72,7%) женщин, 7 (27,3%) мужчин. Средний возраст обследованных 48,5±5,20. Клинико-функциональное состояние обследованных пациентов с позиций медико-социальной экспертизы и реабилитации определяли при оценке критериев: клинических, функциональных, лабораторных.

При проведении экспертно-реабилитационной диагностики состояния здоровья обследованных пациентов использована МКФ, разработан алгоритм экспертно-реабилитационной диагностики для пациентов с хроническим пиелонефритом, комплект доменов, характеризующий составляющую функционирования (для функции и структуры организма), отобраны наиболее значимые для экспертной оценки коды с определителями. Алгоритм экспертно-реабилитационной диагностики для пациентов с хроническим пиелонефритом включал анамнез, обязательные лабораторные исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови,общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, бактериологический посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, Значение имеют выявление бактериурии и лейкоцитурии, обнаружение клеток Штернгеймера—Мальбина и активных лейкоцитов в осадке мочи. Скрытая лейкоцитурия выявляется провокационными тестами (преднизолоновый, пирогеналовый). Инструментальные исследования (обзорная рентгенография области почек, экскреторная урография, хромоцистоскопия, радиоизотопная рентгенография, ультразвуковое исследование почки, иммунологические методы, основанные на выявлении аутоантител к почечным антигенам с помощью реакции связывания комплемента и реакции пассивной гемагглютинации. Титры противопочечных антител повышаются при обострении хронического пиелонефрита.

Дополнительные методы исследования: ЭКГ, исследование глазного дна, УЗИ сердца, печени.

Результаты. Для оценки нарушенных функций организма у пациентов с хроническим пиелонефритом использованы коды доменов МКФ: b610 –

функции мочеобразования, b620 – функции мочеиспускания, , b639 – функции выделения, b430 – функции системы крови, b420 – функции артериального давления, b410 – функции сердца, b4100 – темп сердечных сокращений, b4101 – ритм сердечных сокращений, b4102 – сократительная сила миокарда желудочков, b455 – толерантность к физической нагрузке, b550 – функции терморегуляции, b280 – ощущение боли, b435 – функции иммунной системы. При проведении экспертно-реабилитационной диагностики получены критерии оценки отклонений или утрат функций и структур организма. Последние ранжированы по 5-ти бальной шкале в зависимости от степени выраженности нарушений функций:

1 - bxxx.0 нет нарушений функций;

2 - bxxx.1 лёгкие нарушения функций;

3 - bxxx.2 умеренные нарушения функций;

4 - bxxx.3 тяжёлые нарушения функций;

5 - bxxx.4 абсолютные нарушения функций.

В категории функции мочеобразования (b610) оценивались скорость клубочковой фильтрации (СКФ), стадии ХБП, мочевой изолированный осадок(лейкоцитурия, микрогематурия, клетки Штернгеймера -Мальбина). В категории функции мочеиспускания (b620) оценивали функции опорожнения мочевого пузыря, в категории системы крови (b430) – оценивали нарушения, как анемия, в категории функции артериального давления (b420) оценивали степень и тяжесть гипертонии (b4200), в категории функции сердца (b410) оценивали темп (b4100) и ритм (b4101) сердечных сокращений, сократительную силу миокарда желудочков (b4102), в категории функции толерантности к физической нагрузке (b455) – переносимость физической нагрузки, в категории функции терморегуляции (b550) оценивали гипертермию, в категории функции иммунной системы (b435) – иммунный ответ, оценивали ощущение боли (b280) в части тела (b2801). По результатам экспертно-реабилитационной диагностики. Разработаны экспертно-реабилитационные критерии оценки нарушений функций органов и систем, вовлеченных в патологический процесс у пациентов с хроническим пиелонефритом, ранжированные по величине и выраженности нарушений (табл.1).

Таблица 1 Экспертно- реабилитационные критерии оценки нарушений функций органов и систем, вовлеченных в патологический процесс у пациентов с хроническим пиелонефритом

Нарушения функций органов и систем, домены в этой категории	**Экспертно- реабилитационные критерии оценки нарушений, ФК**				
	Нет нарушений , ФК0	**Легкие нарушения, ФК1**	**Умеренные нарушения, ФК2**	**Тяжелые нарушения, ФК3**	**Абсолютные нарушения, ФК4**
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Функция мочеобразования, b 610	Стойкое снижение скорости клубочковой фильтрации – СКФ – 60-89мл./мин ХБПС1-2	СКФ 45-59мл./мин ХБП С3А Мочевой изолированный осадок (Лейкоцитурия, микрогематурия, клетки Штернгеймера – Мальбина)	СКФ 30-44мл/мин ХБП С3б Изолированный мочевой осадок (лейкоцитурия, бактериурия, протеинурия).	СКФ 15-29мл/мин ХБП С4 Изолированный мочевой осадок (лейкоцитурия, бактериурия, протеинурия)	СКФ меньше 15мл/мин ХБП С5 Уровень К в моче выше 9.7ммоль/л, Na выше 220ммоль/л
Функция мочеиспускания b 620	Не нарушена. Диурез 1.0-1.5л мочи в сутки	Диурез в норме (1.0-1.5л мочи в сутки)	Полиурия 2.0-2.5л Уровень Na в моче>220 ммоль/л	Полиурия больше 2.5л поллакиурия гипоизостенурия	Олигурия (менее 300мл. мочи), анурия
Функция выделения b 639	Не нарушена	Не нарушена (в моче нормальное содержание Na, K)	Диурез в норме, или умеренная полиурия	Гипернатриемия (Na выше 220ммоль/л), гиперкалиемия (К выше 125ммоль/л)	Гипернатриемия (Na выше 220ммоль/л), гиперкалиемия (К выше 125ммоль/л)
Функция системы крови b 430	Гемоглобин 120-140г/л (ж) 130-150г/л (м)	Гемоглобин 110г/лСодержание Na в крови 136-145ммоль/л, К - 3.5-5.1ммоль/л	Гемоглобин 100-110г/л Содержание Na в крови менее 135ммоль/л	Гемоглобин 90-100г/л, концентрация Na в крови ниже 135 ммоль/л, К ниже 3.5 ммоль/л	Гемоглобин меньше 90г/л, концентрация Na в крови меньше 135ммоль/л, К ниже 3.5ммоль/л
Функция артериального давления b 420	Артериальная гипертензия 1ст. безкризовое течение	Артериальная гипертензия 1, 2, 3 степени безкризовое течение или редкие неосложненные кризы	Артериальная гипертензия 1,2,3 степени кризовое течение (кризы гипертонические частые, легкие)	Артериальная гипертензия 2,3 степени со стабильно высоким ДАД с тяжелыми осложнениями	Артериальная гипертензия 3 степени, осложненная ретинопатией, инсультом, левожелудочковой недостаточностью

Функция сердца b 410	Не нарушена	Гемодинамика в покое не нарушена, ФВ>50% гипертрофия левого желудочка	Тахикардия (число сердечных сокращений в покое до 100 уд/мин) Гипертрофия левого желудочка, ФВ<50% легочная гиертензия 1ст.	Тахикардия (частота сердечных сокращений до 110 уд/мин) Выраженные нарушения гемодинамики, легочная гипертензия 2ст., ФВ<35% Гипертрофия левого желудочка	Тахикардия в покое. Тяжелые нарушения ритма сердца и проводимости, ФВ<20% Гипертрофия левого и правого желудочка. Легочная гипертензия выраженная.
Толерантность к физической нагрузке b 455	Сохранена		Снижена незначительно	Значительно снижена	Снижена в значительно выраженной степени
Функция терморегуляции b 550	Не нарушена	Гипертермия при обследовании Сохранена	Гипертермия при обследовании	Гипертермия	Гипертермия
Боль b 280	Отсутствует	Тупая в нижней части спины в легкой степени	Тупая боль в нижней части спины умеренной степени	Тупая боль в нижней части спины выраженная	Не определяется
Функция иммунной системы b 435	Не нарушена	Не нарушена	Т-лимфоциты снижены незначительно	Умеренное снижение Т-лимфоцитов	Угнетена

Заключение: Экспертно-реабилитационная диагностика состояния пациентов с хроническим пиелонефритом с позиций МКФ позволит выявить проблемы, возникающие в функциях и структурах организма, как существенное отклонение. Выявлены при экспертно-реабилитационной диагностике нарушения функций могут быть оценены по степени тяжести согласно единой шкалы оценки МКФ. Использование валидизированных категорий МКФ при оценке в динамике результатов экспертно-реабилитационной диагностики функционирования органов и систем, вовлеченных в патологический процесс у пациентов с хроническим пиелонефритом, позволит доказательно оценить эффективность различных реабилитационных технологий путем универсальной объективизации функции функциональных, структурных компонентов качества жизни пациентов.

Список литературы

1. Болезни почек / под ред. проф. Г. Маждрава, проф. Н. Попова; пер. с болг. Н. Мякотиной и Н. Какринской. - София: Медицина и физкультура, 1973г. – 782с.

2.Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т5. Диагностика болезней системы крови. Диагностика болезней почек / А.Н. Окороков.- М.: Мед.лит., 2001. – гл. Диагностика болезней почек. – С.469-488.

3. Царев В.П., Казаков С.А. Практическая нефрология / В.П. Царев,С.А. Казаков. – Мн.: Беларусь, 2006. – 135с.

4. Паскалев Д. Клинико-лабораторные признаки, способствующие объективизации диагностики обострения хронического пиелонефрита / Д. Паскалев, С. Танчева // Нефрология. – 2007. – Т. 11. - №1. – С.83-86.

5. Приходько М.А., Гладилин Г.П., Сенотова М.В. Хронический пиелонефрит и анемия / М.А. Приходько, Г.П. Гладилин, М.В. Сенотова // Современная медицина: актуальные вопросы: материалы междунар. заочной науч.-практ. конф., Россия, Новосибирск, 30 апреля 2012г. E-mail: hvostms@rambler.ru

6. Международная классификация нарушений, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева, ВОЗ, 2001.

7. Смычек В.Б. Современные методические подходы к определению инвалидности / В.Б. Смычек. Здравоохранение. – 2012. - №9. С.39-44.

УДК 616-61-056.24-036.82/.865:006.032

Львова Н.Л., Власова-Розанская Е.В., Кускова С.П., Басалай И.А.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНОВ И СИСТЕМ У ПАЦИЕНТОВ С ОСНОВНОЙ НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ С ПОЗИЦИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ

ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ

"Республиканский Научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации" Республика Беларусь, пос. Городище

Lvova N.L., Vlasova – Rozanskaya E.V., Kuskova S.P., Basalai I.A.

CRITERIA FOR EVALUATION OF ORGAN AND ORGAN SYSTEMS DISORDERS IN PATIENTS WITH LEADING NEPHROLOGICAL PATHOLOOGY FROM THE STANDPOINT OF INTERNATIONAL CLASSIFICATION FOR FUNCTIONING

«National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation», Belarus, Gorodische

Ключевые слова: медицинская экспертиза, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, оценка, реабилитация, реализация, факторы окружающей среды, функции организма.

Key words: medical rehabilitation, International Classification on Functioning, Disability and Health, assessment, rehabilitation, implementation, environmental factors, body function.

Аннотация. Целью исследования явилась разработка критериев оценки нарушений функций органов и систем у пациентов с нефрологической патологией с позиций МКФ. Проведен анализ медицинских и медико-экспертных документов 62 пациентов с основной нефрологической патологией. Отобраны наиболее значимые для экспертной оценки домены. Проведено кодирование параметров нарушений функций в соответствии с правилами кодирования, принятыми для МКФ.

Abstract. The aim of this study was to develop criteria for evaluation of organs and organ systems disorders in patients with nephrological pathology from the stand point of ICF. Analysis of medical and health expert documents of 62 patients with leading nephrology pathology was conducted. The most relevant domains were selected for peer review. Parameters of dysfunctions were conducted in accordance with the coding rules adopted for the ICF.

Патология почек среди хронических неинфекционных болезней занимает важное место из-за значительной распространенности, резкого снижения качества жизни, высокой смертности. Рост частоты терминальной почечной недостаточностью (тПН), облигатно требующей дорогостоящей почечно-заместительной терапии - диализа и трансплантации почки, превратился в серьезную социально-экономическую и медицинскую проблему. В Республике Беларусь ожидаемый ежегодный годовой прирост пациентов с тПН доходит до

15%. Учитывая тенденцию к росту заболеваемости болезнями мочеполовой системы (БМП), тяжесть инвалидности у лиц преимущественно трудоспособного возраста, целесообразно разработать новые научно - обоснованные подходы к проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации данной категории пациентов. Указанное является важной не только медицинской, но и социальной задачей.

Современным международным стандартом в области измерения состояния здоровья и инвалидности как на уровне индивида, так и на уровне населения является Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, предложенная экспертами Всемирной Организации Здравоохранения в 2001году.

Цель исследования - разработать критерии оценки нарушений функций органов и систем, вовлеченных в патологический процесс при основной нефрологической патологии с позиций Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

Материалы и методы исследования.

Научное исследование проведено на основании обследования группы пациентов трудоспособного возраста с основной патологией нефрологического профиля. Данные о состоянии пациентов получены на основании клинико-экспертного анализа медицинской и медико-экспертной документации, в ходе клинико-диагностического обследования.

В целевую выборку было включено 62 пациента со следующими нозологическими диагнозами, согласно МКБ-10:

- пациенты с гломерулярными болезнями (N00 -N08), в том числе с хроническим гломерулонефритом - 16(25,8%),
- пациенты с тубулоинтерстициальными болезнями (N10-N16), в том числе с хроническим пиелонефритом – 25(40,3%);
- пациенты с гломерулярными поражениями при СД (N08.3*), в том числе с диабетической нефропатией -9(14,5%);
- пациенты с гломерулярными поражениями при системных болезнях соединительной ткани (N08.5*), в том числе гломерулярные поражения при СКВ – 6(9,7%);
- пациенты с кистозной болезнью почек (Q61) – 6(9,7%).

Среди обследованных пациентов было 25(40,3%) мужчин и 37(59,7%) женщин. Средний возраст обследованного контингента составил 44,9±1,7 лет. Возрастно-половая структура пациентов, включенных в исследование, представлена в таблице 1.

Таблица 1. Возрастно-половая структура пациентов, включенных в исследование

Возраст (лет)	Пол пациентов		
	мужской	женский	всего
	количество пациентов	количество пациентов	количество пациентов

	abs	%	abs	%	abs	%
21-25	7	11,3	2	3,2	9	14,5
26-30	2	3,2	2	3,2	4	6,4
31-35	1	1,6	3	4,8	4	6,4
36-40	-	-	2	3,2	2	3,2
41-45	1	1,6	5	8,0	6	9,6
46-50	4	6,5	4	6,5	8	13,0
51-55	1	1,6	12	19,4	13	21,0
56-60	9	14,5	6	9,7	15	24,2
старше 60	-	-	1	1,6	1	1,6
Всего	25	40,3	37	59,6	62	100,0

Наиболее представительной среди обследованных пациентов была группа 56-60 лет, в которую входило 15 пациентов (24,2%). В возрастную группу 51-55 лет входило 13 (21%) пациентов, меньше пациентов вошло в возрастную группу 21-25 лет – 9 человек (14,52%), в группу 46-50 лет вошло 8 человек (13%), в остальные группы на данном этапе исследования входило от 1 до 6 человек.

На момент обследования являлись инвалидами 43(69,4%) пациента (рисунок 1).

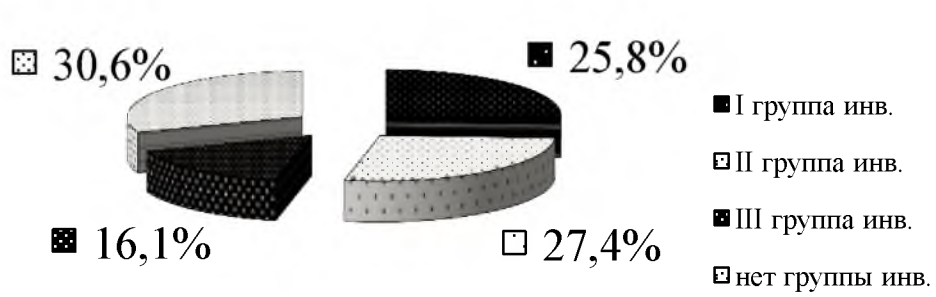


Рисунок 1 - Структура инвалидности у пациентов, включённых в исследование.

В работе применялись наиболее информативные, широко используемые в практической деятельности методы обследования, с помощью которых можно получить полную информацию об отклонениях или утратах структур и функций организма, вовлеченных в патологический процесс, оценить ограничения жизнедеятельности у пациентов.

Результаты исследования.

За основу для разработки краткого комплекта доменов, характеризующих профиль функционирования пациентов с данной патологией из всех доменов, характеризующих нарушения функций организма были отобраны коды наиболее значимые для экспертной оценки, также при выборе кодов

учитывалась возможность достаточной объективизации критериев по существующим шкалам оценок. Наш метод подбора кодов основан на необходимости всесторонней оценки пациента (его здоровья, индивидуально-личностных особенностей, факторов окружающей его среды) с позиций медико-социальной экспертизы, принятых в Республике Беларусь. В таблице 2 представлен набор доменов, используемый в нашем исследовании.

Таблица 2. Набор доменов для оценки нарушенных функций организма у пациентов с нефрологической патологией.

Функции организма
b 610 Функции мочеобразования *b 6100 Фильтрация мочи* *b6108 Функции выделения мочи другие уточненные*
b 540 Общие метаболические функции *b 5402 Белковый обмен* *b5408 Общие метаболические функции другие неуточненные*
b545 Функции водного, минерального и электролитного баланса *b 5450 Водный баланс* *b 5452 Электролитный баланс*
b555 Функции эндокринных желез
b 410 Функции сердца *b 4100 Темп сердечных сокращений* *b 4101 Ритм сердца* *b 4102 Сократительная сила миокарда желудочков*
b 420 Функции артериального давления
b 430 Функции системы крови

Следующим этапом исследования стала разработка критериев оценки отклонений или утрат функций организма пациентов с основной нефрологической патологией с позиций МКФ.

Все составляющие, классифицируемые в МКФ, измеряются с помощью единой шкалы. В зависимости от составляющей, наличие проблемы может означать нарушение, ограничение или ограничение возможности, препятствие. К соответствующему домену классификации должны подбираться подходящие определяющие слова (знак xxx стоит вместо кода домена второго уровня). Таким образом, определитель обозначает масштаб проблемы в соответствующем компоненте или категории.

Всем пациентам, включённым в исследование, для оценки проблем в функционировании проводилась экспертно-реабилитационная диагностика. В результате исследования получены критерии оценки отклонений или утрат функций и структур организма у пациентов с нефрологической патологией, которые мы ранжировали по 5-ти бальной шкале в зависимости от степени выраженности проблемы в функционировании:

1 - bxxx.0 нет нарушений функций;

2 - bxxx.1 лёгкие нарушения функций;

3 - bxxx.2 умеренные нарушения функций;

4 - bxxx.3 тяжёлые нарушения функций;

5 - bxxx.4 абсолютные нарушения функций.

В категории функции мочеобразования (b610) оценивалась скорость клубочковой фильтрации и стадии альбумин/протеинурии:

- в категории «b6100 функция фильтрация мочи» оценивалась скорость клубочковой фильтрации (СКФ), полученная с помощью клинических лабораторных исследований (проба Реберга-Тареева) и расчётными методами, в частности методом, предложенным Cockroft DW, Gault MH;
- в категории «функции выделения мочи другие уточненные» (b6108) оценивались стадия альбуминурии и уровень суточной протеинурии.

В категории b545 функции водного, минерального и электролитного баланса нами оценивался:

- водный баланс b5450, оценивалась частота и объём мочеиспускания, также оценивалась относительная максимальная плотность мочи;
- электролитный баланс b5452 оценивался по уровням показателей натрия и кальция в биохимическом анализе крови (БАК).

В категории b540 общие метаболические функции оценивался белковой обмен и общие метаболические функции другие уточненные, в этой категории мы оценивали уровень мочевины и креатинина:

- b5402 белковый обмен оценивался по уровням общего белка/альбумина в БАК;
- b5408 уровень мочевины и креатинина оценивался по БАК.

В категории «функции сердца» (b 410) оценивались следующие составляющие:

- b 4100 темп сердечных сокращений и b 4101 ритм сердечных сокращений, b 4102 сократительная сила миокарда желудочков. Использованы результаты аускультации, электрокардиографии (ЭКГ), суточного ЭКГ мониторирования, эхокардиографии.

Функции артериального давления (b420) оценивались по степеням симптоматической артериальной гипертензии, частоте и тяжести гипертонических кризов.

Функции системы крови оценивались по степени выраженности симптоматической анемии.

Таким образом, на основании проведенного исследования разработаны: краткий комплект доменов, характеризующий профиль функционирования у

пациентов с основной нефрологической патологией; критерии оценки нарушений функций органов и систем, вовлеченных в патологический процесс при основной нефрологической патологии; проведено кодирование параметров нарушений функций в соответствии с правилами кодирования, принятыми для МКФ на основе детализированной классификации.

УДК 616.728-089.843-056.266:616.001.33 (100).

Смычек В.Б., Разуванов А.И., Чумакова Т.В.

РОЛЬ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ В ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ СУСТАВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», Городище

Smychek V.B., Razuvanov A.I., Chumakova T.V.

THE ROLE OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH IN OBJECTIFICATION FEATURES OF PATIENTS WITH LOWER EXTREMITY JOINTS IMPLANTED

State institution «National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation», Gorodische

Ключевые слова: инвалидность, медико-социальная экспертиза, медицинская реабилитация, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), оценка, профессиональная реабилитация, реабилитация, социальная реабилитация, средовые барьеры, факторы окружающей среды, функции организма, эффективность.

Keywords: disability, medical and social examination, medical rehabilitation, the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), assessment, vocational rehabilitation, rehabilitation, social rehabilitation, environmental barriers, environmental factors, body functions, efficiency.

Аннотация: Возврат к труду лиц, которым была проведена высокотехнологическая операция, устранение ограничений жизнедеятельности, создание безбарьерной производственной среды, путем формирования мероприятий программы профессиональной и трудовой реабилитации является одной из главных задач реабилитации. От полноты и обоснованности назначения мероприятий, сформированных в Индивидуальной программе реабилитации инвалида, зависит их результативность, и, следовательно,

степень социальной интеграции, экономической самостоятельности лиц с имплантированными суставами нижних конечностей.

Abstract: Return to the work of persons who underwent high-tech operation, the elimination of restrictions of life, the creation of a barrier-free working environment, through the formation of the program of activities of vocational rehabilitation and employment is one of the main tasks of rehabilitation. From the completeness and validity of the appointment facilities, formed in the individual rehabilitation program depends on their effectiveness and, consequently, the degree of social integration and economic independence of people with implanted joints of the lower extremities.

Одной из наиболее важных медико-социальных и экономических проблем является лечение и реабилитация больных остеоартрозом (ОА), на долю которого приходится 44,4 % всех суставных болезней [1,2].

Данные заболевания, учитывая их процент в общей нозологии, наносят обществу существенный ущерб в виде затрат на оказание медицинской помощи, выплату пенсии по инвалидности и пособий по временной нетрудоспособности, а также в связи с выключением большого числа данных лиц из процесса производства внутреннего валового продукта.

Несмотря на наметившуюся в последние годы тенденцию к снижению первичной инвалидности вследствие заболеваний данной нозологической группы данного блока, прогнозировать, что в будущем можно будет добиться значительного снижения первичного выхода на инвалидность, крайне сложно, учитывая старение населения и рост числа заболеваний опорно-двигательного аппарата (ОДА).

Большинство ведущих специалистов в данной области сходятся во мнении, что при лечении пациентов с выраженными изменениями в суставах и расстройством функции (ОА III-IV стадии) наиболее эффективным и прогрессивным методом лечения, дающим возможность избавить человека от боли и возвратить его к активному образу жизни, является эндопротезирование сустава [3,4].

На сегодняшний момент действующие принципы, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы в Республике Беларусь, не в полной мере обеспечивают учет всех факторов, влияющих на пациента, что не позволяет разрабатывать и осуществлять индивидуальные программы реабилитации инвалида. Решением данного вопроса может стать переход на использование МКФ в оценке здоровья населения во всех организациях здравоохранения, осуществляющих медико-социальную экспертизу и медицинскую реабилитацию пациентов [5].

Использование принципов МКФ при реаблитационно-экспертной диагностике ограничений жизнедеятельности у лиц с имплантированными суставами нижних конечностей позволит специалистам МРЭК осуществлять выбор мер профессиональной и трудовой реабилитации, адекватных профессиональным возможностям реабилитанта, исключить воздействие

вредных факторов, ограничивающих их пригодность, устранить барьеры на пути возврата их трудовой деятельности и экономической самостоятельности.

Цель работы. Используя подходы МКФ, провести оценку возможности социальной адаптации пациентов с имплантированными суставами нижних конечностей.

Материалы и методы. Было проведено обследование 95 пациентов трудоспособного возраста с имплантированными суставами нижних конечностей, проходивших обследование во МРЭК г. Минска и Минской области. Количество пациентов: женщины в возрасте 38-54 лет – 36 человек; мужчины в возрасте 28-59 лет – 59 человек. Средний возраст составил 49,52±7,00 лет. Причиной замены сустава у 54 (56,84%) пациентов был первичный двусторонний коксартроз, у 10 (10,53%) определялся остеонекроз, у 9 человек был выявлен первичный двусторонний гонартроз, что составило 9,47%. Идиопатический асептический некроз кости стал причиной замены сустава у 6 (6,32%) пациентов.

У всех инвалидов 2 группы, и 84,06% инвалидов 3 группы был определен средний реабилитационный потенциал, т.е. прогнозируется возможность снижение степени ограничений жизнедеятельности.

Результаты. Основную часть обследованного контингента составили инвалиды 3 группы – 97,1% исследуемых. Большая часть (62,11%) лиц находилась в возрастной группе 50-60 лет, следом с 28,42% расположилась группа в возрасте от 40-49 лет, и порядка 10% составила самая молодая группа от 18 до 39 лет.

Большинство (81,05%) обследованного контингента имели трудовой стаж более 20 лет, лица, занятые трудом от 10 до 19 лет, составили 10,53%. Трудовой стаж до 5 лет и от 5-9 лет составил около 2% в каждой из групп. Среди лиц с имплантированными суставами нижних конечностей (ИСНК) положительная установка на труд была отмечена в 66,32% случаев.

На момент проведения исследования работали 62,32% исследуемых, 37,68% пациентов не были заняты трудом.

Почти 75% исследуемых лиц были заняты в рабочих профессиях, освоенных в учреждениях профессионально-технического образования в 39,13% случаев, путем курсовой подготовки – 13,04% и на рабочем месте посредством инструктажа – 23,19%.

Были заняты трудом в основной профессии - 67,44% исследуемых, в профессии равной по ей квалификации - 2,33%, треть работала со значительным снижением квалификации (30,23%).

По результатам профессиографического анализа стоит отметить, что среди лиц занятых трудом были признаны годными к занятости в полном объеме 4,76% исследуемых. Так, были признаны пригодными к занятости в полном объеме или с незначительными ограничениями все лица, занятые в должностях категории руководителя и специалиста с высшим образованием, специалиста со средним специальным образованием в 25% случаев квалифицированные рабочие – в 6,25% случаев.

Лица, занятые в рабочих профессиях, по результатам профессиографических исследований, были признаны ограничено трудоспособными в умеренной степени в 40,63% случаев. Среди лиц с ИСНК, занятых трудом, половина (53,38%) нуждались в ограничении объема выполняемых работ. Около 30% работающих лиц с ИСНК были признаны непригодными к продолжению трудовой деятельности и нуждались в формировании программы профессиональной и трудовой реабилитации.

Нуждались в профессиональной реабилитации 53,13% квалифицированных рабочих и все лица, занятые неквалифицированным трудом.

Почти половина (48,0%) лиц, незанятых трудом, была признана негодной к занятости по основной профессии и нуждались в назначении мер профессиональной и трудовой реабилитации для возврата к труду. При этом все они относились к категории квалифицированных рабочих.

Таким образом, лица с ИСНК нуждаются в снижении объема выполняемых работ почти в половине (47,73%) случаев, в подборе профессии для рационального трудоустройства в 42,03% случаев.

Большинству лиц с имплантированными суставами нижних конечностей (89,66%) было рекомендовано освоение профессий рабочих на рабочем месте или путем курсовой подготовки при содействии службы занятости. Только в 10,34% (3 человека) случаев было рекомендовано профессиональное обучение в учреждении профессионально-технического образования.

Мероприятия трудовой адаптации назначались в 41,38% случаев лицам, длительное время незанятых трудом, с целью возврата к трудовой деятельности.

Основной группой лиц, нуждающихся в мероприятиях профессионально-трудовой реабилитации, были квалифицированные рабочие.

Выделены факторы производственной среды и трудового процесса, формирующие медицинские показания к занятости лиц ИСНК. Среди факторов производственной среды это вибрация общая или локальная; неблагоприятные микроклиматические условия, связанные с необходимостью работы в неотапливаемой помещении или на открытом воздухе в зимний период, или в условиях охлаждающегося микроклимата.

К значимым показателям, формирующим тяжесть трудового процесса, для оценки профессиональной пригодности лиц с имплантированными суставами нижних конечностей можно отнести: вес разово поднимаемого, удерживаемого и перемещаемого груза; объем физической динамической нагрузки; объем статической нагрузки; необходимость выполнения наклонов корпуса; необходимость поддержания рабочей позы стоя; необходимость пребывания в неудобной или вынужденной рабочей позе; необходимость перемещения в пространстве.

Полученные данные свидетельствуют, что явный «реабилитирующий» медицинский эффект данной операции вступает в противоречие с социальным.

А ведь именно этот тип высокотехнологических операций призван способствовать продолжению периода активной трудовой деятельности пациентов как минимум на протяжении десяти лет, что и обусловливает экономический эффект. Критерием эффективности реабилитации у переосвидетельствованных инвалидов является полное восстановление трудоспособности.

Таким образом, назрел вопрос о формировании мероприятий профессиональной и трудовой реабилитации адекватных реабилитационным возможностям данной категории лиц, их экономической и социальной интеграции в обществе.

Вариантом решения данной проблемы может стать использование принципов МКФ с её подходами к оценке состояния организма.

При решении экспертных и реабилитационных вопросов у лиц с ИСНК целесообразно формирование индивидуального МКФ-профиля здоровья пациента, стандартизирующего проведение обследования и предполагающего проведение оценки определителя категории домена (ОКД) для следующих наборов МКФ-кодов:

1. Оценка ОКД для набора МКФ-кодов b-функции организма;
2. Оценка ОКД для набора МКФ-кодов s-структуры организма;
3. Определение ОКД для набора МКФ-кодов d-активности и участия в домене мобильность;
4. Определение ОКД для набора МКФ-кодов d-активности и участия в доменах самообслуживание и бытовая жизнь;
5. Определение ОКД для набора МКФ-кодов d-активности и участия в домене главные сферы жизни;
6. Оценка влияния контекстовых факторов при ПТА домена e-факторы окружающей среды на структуры, функции, активность и участие.

Для определения значения ОКД проводят обследование пациента с помощью экспертно-диагностической методики определения ограничений жизнедеятельности пациентов с ИСНК. Она включает два блока исследований (клинико-функциональную диагностику и экспертную диагностику ограничений жизнедеятельности). Клинико-функциональная диагностика подразумевает под собой оценку функций и структур организма, что дает представление о статодинамической функции со стороны имплантированных суставов и других суставов нижних конечностей. Блок экспертной диагностики ограничений жизнедеятельности определяет сохраненную возможность функционирования пациента с имплантированными суставами нижних конечностей с учетом предыдущего блока исследований и через призму факторов окружающей среды.

Оценка состояния трудоспособности проводится согласно алгоритма объективизации состояния трудоспособности пациентов с ИСНК, состоящего из трех блоков оценки. На первом этапе проводится оценка профессионально-трудового статуса, который предоставляет данные для дальнейшей экспертизы профессиональной пригодности с учетом факторов окружающей среды. Затем

проводится экспертиза профессиональной пригодности, в случае утрате профессиональной пригодности осуществляется подбор профессии для переобучения, профессиональной подготовки и трудовой занятости с учетом влияния факторов окружающей среды.

В результате всех манипуляций формируется уникальный для каждого пациента МКФ – профиль.

Заключение.

Проведенный анализ статистических и литературных данных отечественных и зарубежных авторов показывает значимость вопросов реабилитации пациентов с ИСНК, противоречие между явным «реабилитирующим» медицинским эффектом данной операции и ее социальной составляющей. Вопрос социальной интеграции данной категории пациентов имеет большое значение. Учитывая высокий реабилитационный потенциал, благоприятный клинико-трудовой прогноз у лиц с имплантированными суставами нижних конечностей можно прогнозировать возможность восстановления способности к трудовой деятельности путем разработки современных, научно обоснованных мероприятий профессиональной и трудовой реабилитации с целью возраста их трудовой деятельности и экономической самостоятельности.

Разработка и назначение мероприятий профессиональной и трудовой реабилитации инвалидам с имплантированными суставами нижних конечностей с позиции МКФ будет способствовать продлению периода их трудовой активности, экономической независимости, созданию безбарьерной производственной среды, позволит снизить продолжительность периода инвалидности и пенсионирования по инвалидности.

Список литературы

1. Сазонова Н. В. Заболеваемость остеоартрозами крупных суставов нижних конечностей и обусловливающие ее факторы риска у жителей Курганской области //Гений ортопедии. – 2008. – №. 2.
2. Holmberg S., Thelin A., Thelin N. Knee osteoarthritis and body mass index: a population-based case–control study //Scandinavian journal of rheumatology. – 2005. – Т. 34. – №. 1. – С. 59-64.
3. Скороглядов А. В., Бут-гусаим А. Б., Сиротин И. В. Реабилитация больных после операций тотального эндопротезирования тазобедренного сустава //Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2008. – №. 6.
4. Неверов В. А. и др. Реабилитация ортопедических больных после эндопротезирования тазобедренного сустава //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2007. – Т. 166. – №. 1. – С. 35-37.
5. Смычёк В.Б. Реабилитация и экспертиза: современное состояние, проблемы, перспективы // Український Вісник Медико-соціальної експертизи. - 2013. - № 2. - С. 4–14.

УДК 316.43+304.4+ 614.2+616-036.86

Шошмин А.В.[1], Бесстрашнова Я.К.[1], Владимирова О.Н.[2], Ломоносова О.В.[3]

Формирование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в субъекте Российской Федерации: первичная оценка и разработка программы развития

[1] ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург
[2] ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России, Санкт-Петербург
[3]ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России, г. Санкт-Петербург, Россия

Shoshmin A.V.[1], Besstrashnova Y.K.[1], Vladimirova O.N.[2], Lomonosova O.V. [3]

Formation of Regional System for Comprehensive Rehabilitation and Habilitation of Persons with Disabilities in the Russian Federation: Initial Evaluation and Creating a Development Program

[1] St. Petersburg Scientific and Practical Center of Medical-Social Expertise, Prosthetics and Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg, Russia
[2] Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical Experts, St. Petersburg, Russia
[3]FSI "General Bureau of medical-social expertise of St. Petersburg" the Ministry of labor of Russia, Saint-Petersburg, Russia

Ключевые слова: реабилитация, абилитация, инвалиды, система реабилитации, управление, субъект Российской Федерации.

Keywords: rehabilitation, abilitation, persons with disabilities, rehabilitation system, management, region of the Russian Federation

Аннотация: Разработана система объективизации и систематизации информации о потребностях инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в реабилитации и абилитации, услугах ранней помощи. Описано формирование ресурсов субъекта Российской Федерации в области реабилитации и абилитации, а также информационно-справочных материалов для специалистов и граждан. Предлагаемый подход способствует принятию обоснованных управленческих решений с учетом потребностей инвалидов; объективному контролю и оценке эффективности реализации региональной программы по

формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

Abstract: A system aimed at objectifying and systematizing information about needs of persons with disabilities including children with disabilities, in and rehabilitation and habilitation, early intervention services. The authors describe formation of Russian regional resources in the field of rehabilitation and habilitation, and of informative materials and guidelines for professionals and citizens. The proposed approach helps 1) making managerial decisions taking into account the needs of persons with disabilities; 2) control, and 3) evaluation of effectiveness of the regional program on development of the system of comprehensive rehabilitation and habilitation of persons with disabilities, including children with disabilities.

Формирование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов в субъекте РФ [1] основано на анализе и экспертной оценке международных и федеральных нормативно-правовых, организационных и методических документов, анализа 54 программ субъектов РФ по развитию реабилитации в регионе, а также зарубежного и российского опыта.

Рассмотрены шесть основных элементов системы реабилитации: руководство и управление, предоставление услуг, персонал, технологии, финансы и информационные системы. Эти вопросы структурированы в соответствии со следующими принципами: население, воздействие, контроль и результат.

Предлагается организация и технология работы по разработке и реализации программы развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в субъекте Российской Федерации. Описаны подготовительные работы, необходимые для разработки программы, а именно технология определения потребностей инвалидов, в том числе детей-инвалидов, с учетом Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья [2] в реабилитации и абилитации, описания существующих реабилитационных ресурсов в субъекте Российской Федерации, а также для разработки необходимых мер, обеспечивающих потребности инвалидов в реабилитации.

Определены цель и задачи, организация работы разработчиков программы; содержание основных этапов мониторинга и документооборот; описаны необходимые мероприятия по реализации программы.

В целом разработка программы состоит из следующих этапов [3]:

- оценка потребностей инвалидов в реабилитационных/абилитационных мероприятиях, включая раннюю помощь;
- описание имеющихся в субъекте РФ реабилитационных/абилитационных

ресурсов независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности;
- оценка соответствия имеющихся ресурсов потребностям инвалидов, включая детей-инвалидов;
- определение направления развития реабилитации/абилитации инвалидов в субъекте Российской Федерации, включая детей-инвалидов;
- формирование нормативно-методической базы;
- определение мероприятий программы;
- формирование системы контроля и развития программы.

Предлагаемый подход обеспечивает устойчивость системы реабилитации в субъекте Российской Федерации, ее развитие, высокое качество, методологическую и организационную целостность.

Список литературы

1. Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Доступная среда" на 2011 - 2020 годы: распоряжение Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2015 г. N 1297 [Электронный ресурс].- Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_189921/(Дата обращения 04.09.2016)

2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342 с.

3. Основы управления реабилитационными ресурсами / А.В. Шошмин, Н.В. Мартынова, Я.К. Бесстрашнова, Т.В. Зима. – СП.: Знакъ, 2009. – 96 с.

УДК: 616-001-06:616.72-002]-036.82\.865

Осипов Ю.В.

МЕДИЦИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОСЛЕДСТВИЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ОСТЕОАРТРОЗОВ С ПОЗИЦИИ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», Городище, Беларусь

Osipov Yu.V.

MEDICAL-SOCIAL EXPERTISE OF POSTTRAUMATIC OSTEOARTHROSIS CONSEQUENCES FROM THE POINT OF VIEW OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH

Scientific Practical Center for Medical Assessment and Rehabilitation,
Gorodische, Belarus

Ключевые слова: медико-социальная экспертиза, посттравматический остеоартроз, Международная классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

Key words: medical-social expertise, posttraumatic osteoarthrosis, international classification of functioning, disability and health.

Аннотация. По данным обследования 185 пациентов разработан метод проведения медико-социальной экспертизы последствий посттравматических остеоартрозов на основе Международной классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Полученные при исследовании данные, характеризуют разработанный метод, как эффективный при проведении оценки ограничений жизнедеятельности у данной категории пациентов.

Abstract. 185 patients with posttraumatic osteoarthrosis were examined, and the more advanced method for medical-social expertise of posttraumatic osteoarthrosis consequences was developed, based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. The results of the study have shown that the developed method can be successfully used for assessment of disability of such patients.

Введение Посттравматический остеоартроз (ПТОА) является исходом изолированных или сочетанных повреждений костных и\или мягкотканных структур суставов: капсулы, гиалинового хряща, связочного аппарата. ПТОА чаще всего поражает тазобедренные и коленные суставы, доля гонартроза в структуре ПТОА составляет 23,0-33,3%. [1]

ПТОА относится к заболеваниям, требующим длительного лечения, ближайшие результаты которого признаются неудовлетворительными у 14,0%, а отдаленные в связи с прогредиентным течением артроза – у 48,0% пациентов. Развитие ПТОА приводит к стойким умеренным и выраженным нарушениям статодинамической функции, и, как следствие этого к инвалидизации с высоким удельным весом инвалидности – до 35% пациентов с ПТОА. Социально-экономическая значимость данной проблемы крайне актуальна еще и потому, что наибольшее количество случаев ПТОА – 60-82,5% – регистрируют преимущественно среди лиц трудоспособного возраста. [2]

Основой медико-социальной экспертизы (МСЭ) при ПТОА является экспертно-реабилитационная диагностика (ЭРД), что подразумевает детализацию медико-биологических последствий заболевания: уточнение тяжести морфологических изменений суставов, контрактур, изменений статодинамической функции и возможностей ее компенсации, диагностику наличия и степени выраженности ограничений жизнедеятельности (ОЖ). Набор кодов физиологических функций, анатомических структур, действий, задач и сфер жизнедеятельности, практически значимый для проведения МСЭ детально представлен в Международная классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), однако для практического применения требуется разработка метода МСЭ на основе МКФ применительно к определенной нозологии болезней, в частности для МСЭ при ПТОА. [3]

Цель: Разработка метода проведения медико-социальной экспертизы при ПТОА суставов конечностей с позиции МКФ.

Материалы и методы Проведено обследование 185 пациентов с ПТОА суставов конечностей, проходивших ЭРД в консультативно-поликлиническом отделении ГУ «РНПЦ МЭиР» и 11-й клинической больнице г. Минска, период исследования 2013-2015гг. Из 185 обследованных пациентов мужчины составили 101 (54,59 %) пациентов, женщины – 84 (45,41 %).Средний возраст пациентов относился к трудоспособному, составив 54,38±2,85 лет. Контингент пострадавших с ПТОА в трудоспособном возрасте в большинстве случаев был представлен лицами физического труда – 107 (57,83%) пациентов, служащих – 36 (19,46%), учащихся – 4 (2,16%). В пенсионном возрасте (старше 60 лет) было 38 (20,54%) пациентов с ПТОА. В нозологической структуре преобладали ПТОА суставов нижних конечностей: голеностопного – 68 (36,75%) случаев, коленного сустава – 61 (32,97%), тазобедренного – 29 (15,67%), плечевого сустава – 10 (5,41%), локтевого сустава – 8 (4,32%), лучезапястного – 9 (4,86%).

Результаты Набор МКФ-кодов для проведения МСЭ сформирован из категорий доменов МКФ, практически значимых для описания здоровья пациента с ПТОА. Принятие экспертного решения при ПТОА основывалось на формировании индивидуального МКФ-профиля здоровья пациента, стандартизирующего проведение ЭРД при ПТОА и предполагающего, проведение оценки ОКД для следующих наборов МКФ-кодов (Таблица 1):

1. Набора МКФ-кодов b-функции организма;
2. Набора МКФ-кодов s-структуры организма;
3. Набора МКФ-кодов d-активности и участия в доменах:

мобильность; самообслуживание и бытовая жизнь; главные сферы жизни;

6. Набор МКФ-кодов контекстовых факторов составляющей e-факторы окружающей среды.

Таблица 1– Набор МКФ-кодов категорий доменов при ПТОА для МСЭ

Составляющие МКФ	Код домена		Наименование категории домена
s – Структуры организма	s	720	Структура области плеча

Составляющие МКФ		Код домена		Наименование категории домена
		s	7201	Суставы плечевого пояса
		s	730	Структура верхней конечности
		s	73001	Локтевой сустав
		s	73011	Запястье
		s	73021	Суставы кисти и пальцев
		s	750	Структура нижней конечности
		s	75001	Тазобедренный сустав
		s	75011	Коленный сустав
		s	75021	Суставы лодыжки, стопы
b – Функции организма Мобильность		b	710	Функции подвижности сустава
		b	715	Функции стабильности сустава
		b	720	Функции подвижности ОДА
		b	730	Функции мышечной силы
d-Активность и участие	**Мобильность**	d	410	Изменение позы тела
		d	445	Использование кисти и руки
		d	450	Ходьба (нога касается поверхности)
		d	465	Передвижение с использован. ТСР
		d	470	Использование пассажирского транс-рта
	Самообслуживание	d	d510	Мытье
		d	d520	Уход за частями тела
		d	d530	Физиологические отправления
		d	d540	Одевание
		d	d550	Прием пищи
		d	d560	Питье
	Бытовая жизнь	d	d620	Приобретение товаров и услуг
		d	d630	Приготовление пищи
		d	d640	Выполнение работы по дому
	Главные сферы жизни	d	825	Профессиональное обучение
		d	8451	Выполнение трудовых обязанностей
		d	8452	Получение работы
			8501	Частичная трудовая занятость
		d	8502	Полная трудовая занятость
e – Факторы окружающей среды		e	115	Изделия и технологии для личного повседневного пользования
		e	120	Изделия и технологии персонального передвижения и перевозки
		e	150	Дизайн строительства зданий
		e	340	Персонал, осуществляющий уход

Для построения индивидуального МКФ-профиля здоровья пациента при проведении МСЭ использовался лист индивидуального МКФ-профиля пациента с ПТОА, представленный в виде патогенетически обоснованного набора категорий доменов и имеющий три основные варианта:

1. Лист индивидуального МКФ-профиля для проведения медицинской экспертизы при ПТА верхних конечностей;
2. Лист индивидуального МКФ-профиля для проведения медицинской экспертизы при ПТА нижних конечностей;
3. Лист индивидуального МКФ-профиля для проведения медицинской экспертизы при ПТА верхних и нижних конечностей.

В соответствующий определенному экспертному случаю лист индивидуального МКФ-профиля вносились конкретные значения определителя категорий доменов (ОКД), получаемые при проведении экспертного обследования пациента. МСЭ и при ПТОА суставов конечностей с позиции МКФ при определении инвалидности проводилась по следующим критериям.

Критерием для определения 1-й группы инвалидности (ГИ) при ПТОА являлась социальная недостаточность, требующая предоставления постоянного постороннего ухода и помощи, вследствие нарушения здоровья со стойкими значительно выраженными нарушениями функций организма, приводящими к резко выраженному ограничению одной из категорий жизнедеятельности активности и участия или их сочетанию:

– ПТОА нескольких крупных суставов – s7201.3-4, s73001.3-4, s73011.3-4, s73021.3-4, s75001.3-4, s75011.3-4, s75021.3-4, приводящие к резко выраженному нарушению функции или выраженным множественным нарушениям функций b710.3-4, b715.3-4, b720.3-4, b730.3-4, вызывающих социальную недостаточности вследствие резко-выраженного ограничения одной из категории доменов активности и участия: d410.4, d415.4, d445.4, d450.4, d465.3 при ограничении более 75%, d465.4, d520.4, d530.4, d550.4, при крайне низком на ближайшие 12 месяцев реабилитационном потенциале (РП) и неблагоприятном реабилитационном прогнозе (РПР).

Экспертно-реабилитационные мероприятия при определении 1-й ГИ при ПТОА: составление ИПР инвалида, включающей медицинскую реабилитацию, социально-бытовую реабилитацию, предоставление технических средств социальной реабилитации, услуг центров социальной защиты, адаптация жилья.

Критерием для определения 2-й ГИ при ПТОА являлась социальная недостаточность, требующая социальной помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким выраженным нарушением структур и функций организма, приводящими к выраженному ограничению одной из категорий доменов активности и участия или их сочетанию:

– ПТОА одного из крупных суставов конечностей или различных комбинаций ПТОА суставов– s7201. 3-4, s73001.3-4, s73011.3-4,

s73021.3-4, s75001.3-4, s75011.3-4, s75021.3-4, приводящие к резко-выраженным нарушениям или комбинации выраженных нарушений функций b710.3-4, b715.3-4, b720.3-4, b730.3-4, приводящие к социальной недостаточности вследствие выраженного ограничения одной из категорий доменов активности и участия: d410.3, d415.3, d420.3, d445.3, d450.3 при ограничении не более 75%, d465.3, d520.3, d530.3, d550.3, РП низкий, сомнительный РПР.

Критерием для определения 3-й ГИ при ПТОА являлась социальная недостаточность, требующая социальной помощи, вследствие расстройства здоровья со стойким умеренны или выраженным нарушением функций организма, приводящим к умеренному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности активности и участия или их сочетанию:

– ПТОА одного из крупных суставов конечностей или ПТОА различных комбинаций – s7201. 2-3, s73001.2-3, s73011.2-3, s73021.2-3, s75001.2-3, s75011.2-3,s75021.2-3, приводящие к выраженному нарушению функций одной из нижних или верхних конечностей с возможностью компенсаторного замещения до умеренных нарушений или комбинации умеренных множественных нарушений функций b710.2-3, b715.2-3, b720.2-3, b730.2-3, приводящие к социальной недостаточности вследствие умеренного ограничения категории доменов активности и участия: d410.2, d415.2, d420.2, d445.2, d4502-.3, d465.2, d520.2, d530.2, d550.2, d 84512-3, РП – средний, РПР – относительно неблагоприятный.

Выводы:

Проведение медицико-социальной экспертизы последствий ПТОА с позиции МКФ является высокоспецифичным методом, позволяющим осуществлять количественную характеристику показателей здоровья пациента при составлении индивидуального МКФ-профиля, что повышает обоснованность и качество экспертных решений.

Список литературы:

1. Лебедева, Е. А. Клинико-эпидемиологическая характеристика заболеваний суставов у городского населения: дис. …канд. мед. наук /Е. А. Лебедева. – Иваново, 2007. – 121 л.
2. Ондар, В.С. Реабилитация больных и инвалидов с патологией крупных суставов методом эндопротезирования с применением современных имплантов / В.С. Ондар // Ж. Медико-социальные проблемы инвалидности. – Москва – 2011. – № 2. – С. 95-98.
3. Смычек, В. Б. Современный взгляд на инвалидность и реабилитацию с позиций МКФ / В. Б. Смычек // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация : сб. науч. ст. / ГУ «РНПЦ МЭиР» ; под ред. В. Б. Смычка. – Минск, 2012. – Вып. 14. – С. 5–12.

УДК 376.2:006.032 (495)

Дросу Артемис, Пападопулу Марианна, Яннис Михопулос, Венос Мавреас, Антонис Ромпос, Костас Фрэнсис, Андреас Каристинос, Джордж Филиппу, Вайа Арсенопулу, София Кукувину, Триантафиллу Статис

РЕЗУЛЬТАТЫ И ПОТРЕБНОСТИ, ПОЛУЧЕННЫЕ/ОБНАРУЖЕННЫЕ В ХОДЕ РЕАЛИЗАЦИИ МКФ В РАЗЛИЧНЫХ СРЕДАХ ГРУППОЙ УЧЕНЫХ ИЗ ГРЕЦИИ (ОТЧЕТ О НУЖДАХ СПЕЦИАЛЬНЫХ ШКОЛ)

Греческая команда по работе с классификацией МКФ, Афины, Греция

Drosou Artemis, Papadopoulou Marianna, Yannis Michopoulos, Venos Mavreas, Antonis Rompos, Costas Francis, Andreas Karystinos, George Filippou, Vaia Arsenopoulou, Sofia Koukouvinou, Triantafyllou Stathis

RESULTS AND NEEDS THAT HAVE BEEN RAISED FOLLOWING IMPLEMENTATION OF THE ICF IN DIVERSE ENVIRONMENTS BY THE ICF HELLENIC TEAM (Specific report on the needs of special schools)

ICF Hellenic Team, Athens, Greece

Ключевые слова: Греческая команда по работе с МКФ, классификация МКФ, реализация МКФ, обучение работе с МКФ, кастомизированные протоколы МКФ, функциональный профиль, специальное образование, индивидуализированный учебный план, параллельные задачи, анализ классификационной системы

Keywords: ICF Hellenic Team, ICF, ICF implementation, ICF education, customized ICF protocols, functional profile, special education, individualized educational plan, parallel task analysis classification system

Аннотация: Греческая команда по работе с МКФ начала работать с Международной классификацией функционирования, инвалидности и здоровья с 2004 года. С тех пор она приняла участие в а) проектах по реконфигурации систем оценки инвалидности и по вопросам права на социальные пособия и б) проектах, связанных с оценкой здоровья детей и молодых людей с ограниченными возможностями, с использованием протоколов МКФ в реабилитационных центрах и специальных школах. Результаты, касающиеся преимуществ использования классификации МКФ при разработке процедур и протоколов, были достаточно удовлетворительными и положительными. В зависимости от среды, в

которой используется классификация МКФ, возникают различные специфические потребности.

Abstract: The ICF HELLENIC TEAM encountered the International Classification of Functioning, Disability and Health in 2004. Since then having participated in a) projects concerning the reconfiguration of disability assessment systems and social security benefits eligibility and b) projects related to the evaluation of children and young people with disabilities using ICF protocols in rehabilitation centers and special schools. The results regarding the advantages of using ICF based procedures and protocols were sufficiently satisfactory and positive. Depending on the environment where ICF is used, different specific needs arise.

Введение/Цель

Греческая команда начала работать с Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в 2004 году в Греции. Наш проект был направлен на реформирование процедур оценки нетрудоспособности, лежащих в основе решения о праве на получение пособий (пенсии, пособия и прочие льготы). Классификация МКФ была выбрана как наиболее научный, приемлемый, работающий и надежный метод. С того времени команда ученых из Греции приложила значительные усилия для подготовки специалистов и реализации МКФ на Кипре с участием Министерства труда, социального обеспечения и общественного благосостояния, с целью выработки оценки состояния здоровья людей с ограниченными возможностями с точки зрения права на пособия. Группа также организовала обучение по МКФ и внедрила использование индивидуальных протоколов в реабилитационных центрах и специальных школах на Кипре и в Греции.

Материалы и методы

Учитывая, что МКФ - обширная классификация, включающая почти 10000 кодов, она может стать более эффективной и простой в применении, если используется с ключевыми наборами или другими пользовательскими протоколами и специфическими вопросниками. Ключевые наборы в основном представляют собой протоколы по заболеваниям (например, базовые наборы в отношении артрита, рака молочной железы, анкилозирующего спондилита, травм спинного мозга, рассеянного склероза, церебрального паралича и пр.). В отличие от этого подхода, индивидуальные протоколы были сформированы командой из Греции на основе определенного типа или категории инвалидности (физические нарушения, например, нарушения двигательных функций; нарушения слуха или зрения, психологические дисфункции). Тщательная оценка на базе протоколов МКФ предполагает всестороннее описание функционального состояния/профиля человека. Она дает всю необходимую информацию о его потребности в

терапевтических, реабилитационных и обучающих мероприятиях, о технических или вспомогательных средствах, о необходимости специального образования, о характере работы и стиле жизни. Она может также определить право на получение пенсии по инвалидности или иные социальные пособия, на получение определенных услуг и участие в определенных программах.

Наш семидневный интерактивный тренинг включал 35 часов теории и практики. Лекции были посвящены теоретической основе классификации, философии МКФ, международной практике МКФ, основным ее приложениям и целям, потенциальным способам применения и т.д. Также были организованы упражнения по решению задач (одиночная и групповая работа) - исследование конкретных случаев. За последние три года мы обучили более 350 врачей всех специальностей, связанных с инвалидностью, специалистов в области здравоохранения, медиков, работающих в области реабилитации, педагогов. Применение специализированных протоколов МКФ имело место в различных условиях. Обучение прошли 150 врачей и медицинских работников, которые по окончании получили сертификацию в области выявления лиц, имеющих право на получение пособий и услуг социального обеспечения. Оставшиеся 200 человек работали по линии реабилитации в профессионально-технических центрах, в условиях специального обучения.

Результаты

По окончании обучающей части программы специалисты были направлены на практику, где работали в течение нескольких месяцев, в основном, в

государственных учреждениях по линии администрирования прав людей с ограниченными возможностями. Была организована обратная связь от лиц, работающих в реабилитационных и профессиональных центрах и специальных учебных заведениях. Вся информация об эффективности проектов была собрана на базе вопросников и индивидуальных интервью.

Положительные результаты акцентировались на следующем:

- полноценное сотрудничество врачей и специалистов в области здравоохранения, продвижение работы междисциплинарной команды через биопсихосоциальную модель нетрудоспособности и функциональности,
- содействие коммуникации между различными учреждениями, занимающимися проблемами людей с ограниченными возможностями, через использование общего языка, протоколов и опросных листов, разработанных на языке МКФ,
- достижение четкой иллюстрации профиля оцениваемого лица и всестороннее описание потребностей, возникающих в его домашних условиях, в образовательной, профессиональной и социальной среде,
- содействие лицам с инвалидностью в получении комплексной оценки, которая могла бы быть использована в различных организациях,

учреждениях или средах для осуществления их прав без прохождения множественных последовательных проверок

- содействие в обучении в специальных школах при выполнении индивидуального учебного плана во всех профессиональных направлениях с использованием единого языка и базовой постановки целей.

Нужды и требования, вытекающие из нашего опыта, акцентировались на следующем:

- необходимость более широкого применения в самых различных условиях,
- необходимость обучения большего количества профессионалов, знакомых с философией МКФ,
- необходимость полного и всестороннего обучения, с учетом условий, где оно будет реализовано,
- недостаточное ознакомление с процессом принятия решений, учитывающим функциональный статус или профиль лица,
- формирование индивидуальных протоколов и опросных листов в соответствии с условиями, где будет реализовываться классификация
- необходимость более конкретной увязки с индивидуализированным учебным планом для более четкой корреляции полей МКФ с программами анализа задач, используемыми в специальных школах.

Эта последняя необходимость была самой важной темой обсуждения, всплывшей в процессе реализации МКФ в различных специальных учебных заведениях. Несмотря на то, что сотрудничество между медицинскими работниками разных специальностей и педагогами-воспитателями на базе протоколов МКФ было представлено нам как положительный результат, участники программ выразили настоятельную необходимость найти способ увязать коды МКФ с задачами, указанными в отдельных учебных планах. Греческая команда работает над параллельной системой классификации анализа задач в увязке с кодами классификации МКФ.

Выводы

Команда ученых из Греции, занимающаяся МКФ, принимает участие в международных проектах, связанных с обучением этой классификации и применением МКФ в различных образовательных и реабилитационных условиях. Она занимается разработкой кастомизированных протоколов и внедрила конкретную обучающую программу. После десяти лет опыта можно сделать вывод о том, что реализация МКФ может иметь серьезное значение и эффективность в различных условиях для людей с ограниченными возможностями, хотя необходима дальнейшая работа, направленная на более полную увязку кодов МКФ с индивидуальными обучающими программами в специальных школах и специализированных профессиональных учебных центрах.

Список литературы

1. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. - Женева: ВОЗ, 2001
2. Назаров, З., Ли, С. Г. Статистика инвалидности на базе последнего скрининга населения (CPS). Итака, Нью-Йорк: Реабилитационный исследовательский и учебный центр Корнелльского университета по вопросам инвалидности, демографии и статистики (2012). Обращение к ссылке 2 марта 2015 г. - www.disabilitystatistics.org
3. Майни М, Носентини У, Преведини А, Джардини А, Мусколо Е. Итальянский опыт реализации классификации МКФ при реабилитации: предварительные теоретические и практические соображения. Нетрудоспособность и реабилитация. 2008; 30 (15): 1146-52.
4. Семейство международных классификаций Всемирной организации здравоохранения, Комитет по вопросам образования - Международная федерация организаций медицинской документации, Вопросы сотрудничества. Германский институт медицинской документации и информации, Обзор решений совещаний, Кельн, Германия, 22-24 февраля 2010 г.
5. Леонарди М. и др. Применение Международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья (МКФ) для оценки детской инвалидности. Нетрудоспособность и реабилитация, 2003: Т. 25, № 11-12, 602-610
6. Симеонссон Р.Дж, Симеонссон Н.Е. и Холленвегер Дж. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: На пути к общему языку в понимании инвалидности в специальном образовании, в Л. Флориан и М.Мс Лафлин (ред.) Классификация степеней нетрудоспособности в образовании. Нью-Йорк: Корвин Паблишерз
7. Применение классификации МКФ для оценки эффективности в педиатрической реабилитации. Веб-семинар 14 мая 2010, Канадская ассоциация педиатрических центров здоровья
8. Юрген Хюллен, Статус-кво при реализации МКФ в области профессионального образования и реабилитации. Германия Проект ICFProP, консорциум, октябрь 2003 года
9. Сатоши Уеда, М.Д. Классификация МКФ: теоретическая разработка и практическая реализация в системе здравоохранения, система медико-санитарной помощи в Японии в перспективе, Международная конференция по МКФ, Тайбэй, 2009
10. Силле Кеннеди, доктор философии, Федеральная деятельность, связанная с Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), разработанная Всемирной организацией здравоохранения. Канцелярия помощника секретаря по вопросам оценки перспектив инвалидности, старения и долгосрочной политики в системе медико-санитарной помощи Ноябрь 2002 г.

11. Майни М, Носентини У, Преведини А, Джардини А, Мусколо Е. Итальянский опыт реализации классификации МКФ при реабилитации: предварительные теоретические и практические соображения. Нетрудоспособность и реабилитация 2008; 30 (15): 1146-52
12. Джанни де Поло, М. Прадал и др. Дети с инвалидностью в школе: применение кипрского опыта МКФ-классификации в регионе Венето, Нетрудоспособность и реабилитация, 2009,31 (31): 367-373
13. Нойберт С, Сабариего С, Стир-Джармер М, Сиеза А. Разработка обучающей программы для пациентов на базе классификации МКФ. Совет по обучению пациентов. 2010 г., 10 августа
14. Франсескутти С, Мартинуззи А, М Леонарди, Костансек Н Ф. Восемь лет использования классификации МКФ в Италии: принципы, результаты и перспективы на будущее. Нетрудоспособность и реабилитация. 2009; 31. Приложение 1: S4-7.
15. Рёнтш Х П, П. Бухер и др. Реабилитация в практике. Реализация программы «Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (МКФ) в повседневной практике нейро-реабилитации: междисциплинарный проект в Кантоне Спитал, Люцерн, Швейцария. Нетрудоспособность и реабилитация 2003, том 25, № 8, 411-421

УДК 376.2:006.032 (495)

Drosou Artemis, Papadopoulou Marianna, Yannis Michopoulos, Venos Mavreas, Antonis Rompos, Costas Francis, Andreas Karystinos, George Filippou, Vaia Arsenopoulou, Sofia Koukouvinou, Triantafyllou Stathis

RESULTS AND NEEDS THAT HAVE BEEN RAISED FOLLOWING IMPLEMENTATION OF THE ICF IN DIVERSE ENVIRONMENTS BY THE ICF HELLENIC TEAM (Specific report on the needs of special schools)

ICF Hellenic Team, Athens, Greece

Keywords: ICF Hellenic Team, ICF, ICF implementation, ICF education, customized ICF protocols, functional profile, special education, individualized educational plan, parallel task analysis classification system

Abstract: The ICF HELLENIC TEAM encountered the International Classification of Functioning, Disability and Health in 2004. Since then having participated in a) projects concerning the reconfiguration of disability assessment systems and social security benefits eligibility and b) projects related to the evaluation of children and young people with disabilities using ICF protocols in rehabilitation centers and special schools. The results regarding the advantages of using ICF based procedures and protocols were sufficiently satisfactory and positive. Depending on the environment where ICF is used, different specific needs arise.

Introduction / Purpose

The ICF HELLENIC TEAM (IHT) first made contact with the International Health Classification of Functioning and Disability and Health (ICF) in 2004 in Greece. Our project then was dedicated to the reformation of the disability evaluation procedure responsible for the benefits eligibility (pensions, allowances and other benefits). The ICF was selected as the most scientific, acceptable, valid and reliable tool. Since then the IHT contributed to training and implementation of the ICF in Cyprus in the Ministry of Labor, Welfare and Social Security for the assessment of rights eligibility of people with disability. It also provided ICF education and implemented the use of customized protocols in rehabilitation centers and special schools in Cyprus and in Greece.

Materials and methods

Given that ICF is a extensive classification, including almost 10000 codes, it can become more efficient and easy to use if applied through the core sets or other customized protocols and specific ICF based questionnaires. The core sets are mainly disease based protocols (core sets for arthritis, breast cancer, ankylosing spondylitis, spinal cord injury, multiple sclerosis, cerebral palsy and so on). In contrast, customized protocols were formed by the IHT according to specific disability type or category (mobility and physical impairments, hearing or vision disability, psychological disability). The thorough evaluation using ICF derived protocols will comprehensively describe a person's functioning status/ profile. It will give all the necessary information about his needs for therapeutic, rehabilitation, or educational interventions, technological or assistive technology aids, special education, working or living frameworks. It can also examine eligibility for disability pension or other social welfare benefits and specific services and programs.

Our seven-day interactive training consisted of 35 hours of theory and practice. It included lectures on the theoretical concept of the classification, the philosophy of the ICF, the international practice of the ICF, the main uses and purposes, the potential applications etc and there were also problem solving exercises (single and group work) on case studies. Over 350 doctors of all specialties related to disability, health professionals, rehabilitation workers and teachers were educated in the last three years. The application of customized ICF protocols took place in diverse settings. 150 doctors and health professionals were educated and were then responsible for examining eligibility for social welfare benefits and services. The remaining 200 people worked in rehabilitation, vocational center and special education settings.

Results

When the educational part was completed, an "on the job training" followed for several months, mainly in the government institution of rights administration to people with disability. Feedback was collected from the rehabilitation and vocational center as well as the special school. All the information about the effectiveness of the projects was collected through questionnaires and individual interviews.

Positive results focused on:

- the full cooperation of doctors and health professionals and the promotion of the interdisciplinary team through the biopsychosocial model of disability and functionality,
- the facilitation of communication between the different institutions dealing with people with disability using a common language, through protocols and questionnaires designed in the language of the ICF,
- the achievement of a clear illustration of the functioning profile of the evaluated person and a comprehensive description of the needs arising in the home, educational, professional and social environments,
- the facilitation of the person with disability acquiring a comprehensive assessment that could be used in various organizations, settings or institutions to enforce their rights without undergoing multiple consecutive assessments and
- the facilitation in special schools of fulfillment of the individual educational plan from all specialties with the use of a common language and common goal setting.

The needs and requirements emerging from our experience focus on:

- the need for a wider application in more settings,
- the need for more professionals to become familiar with the ICF philosophy,
- the need for a full and comprehensive training, proportional to the setting where it will be implemented,
- the lack of familiarization with decision making according to the person's functioning status or profile,
- the formation of customized protocols and questionnaires according to the setting where the classification will be implemented and
- the need for a more specific linking with the individualized educational plan, for more explicitly correlation of ICF fields to the task analysis programs used in special schools. This last need was the most important topic of discussion that came up in the process of implementing the ICF in special school settings. Although the cooperation among different specialties of health professionals and educators or teachers was referred to us as a positive result with the use of ICF protocols, they expressed the urgent need of finding a way to connect ICF codes to goals in the individual educational plans. The ICF Hellenic team is working on a parallel task analysis classification system in conjunction with ICF classification codes.

Conclusions

The ICF Hellenic Team has been participating in international projects related to ICF education and the application of the ICF in different educational and rehabilitation settings. It has been involved in developing customized protocols and has established a specific educational program. After ten years of experience, it can be concluded that the implementation of the ICF can be of serious importance and efficacy in diverse settings in favor of people with disability,

although further work needs to be carried out in anticipation of a more complete linkage of ICF codes to individual education programs in special schools and special vocational education and training centers.

References

1. International Classification of Functioning, Disability and Health. – Geneva: WHO, 2001
2. Nazarov, Z, Lee, C. G. Disability Statistics from the Current Population Survey (CPS). Ithaca, NY: Cornell University Rehabilitation Research and Training Center on Disability Demographics and Statistics (StatsRRTC) (2012). Retrieved March 2, 2015 from www.disabilitystatistics.org
3. Maini M, Nocentini U, Prevedini A, Giardini A, Muscolo E. An Italian experience in the ICF implementation in rehabilitation: preliminary theoretical and practical considerations. Disabil Rehabil. 2008;30(15):1146-52.
4. WHO-FIC Education Committee WHO-FIC – IFHRO Joint Collaboration DIMDI, Meeting Highlights, Cologne, Germany ,February 22-24, 2010
5. Leonardi M. et al, Applying the international classification of functioning, disability and health (ICF) to measure childhood disability, Disability and Rehabilitation, 2003: VOL. 25, NO. 11–12, 602–610
6. Simeonsson R.J., Simeonsson N.E. & Hollenweger J. International Classification of Functioning, Disability and Health: Towards a common language of disability for special education, in L. Florian & M.Mc Laughlin (Eds) Disability Classification in education New York: Corwin Publishers
7. Applying the ICF Framework to Measure Outcomes In Paediatric Rehabilitation Webinar May 14, 2010, Canadian Association of Paediatric Health Centres
8. Jurgen Hullen, Status Quo of ICF Implementation in the field of vocational education and rehabilitation Germany The ICFProP Project Consortium , October 2003
9. Satoshi Ueda, MD The ICF: Its theoretical Development and practical implementation in the health and long-term care system in Japan, International ICF Conference, Taipei, 2009
10. Cille Kennedy, Ph.D, Federal Activities Related to the World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation Disability, Aging and Long-Term Care Policy November 2002
11. Maini M, Nocentini U, Prevedini A, Giardini A, Muscolo E. An Italian experience in the ICF implementation in rehabilitation: preliminary theoretical and practical considerations. Disability and Rehabilitation 2008;30(15):1146-52
12. Gianni de Polo, M. Pradal et al. Children with disability at school: the application of ICF-CY in the Veneto Region, Disability and Rehabilitation , 2009,31 (31) :367-373
13. Neubert S, Sabariego C, Stier-Jarmer M, Cieza A. Development of an ICF-based patient education program. Patient Education Counsil . 2010 Aug 10

14. Francescutti C, Martinuzzi A, Leonardi M, Kostanjsek NF. Eight years of ICF in Italy: principles, results and future perspectives. Disability and Rehabilitation . 2009;31 Suppl 1:S4-7.
15. Rentsch H.P, P. Bucher, et al. Rehabilitation In Practice The implementation of the 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) in daily practice of neurorehabilitation: an interdisciplinary project at the Kantonsspital of Lucerne, Switzerland Disability and Rehabilitation 2003, vol25,no8,411-421

УДК 617.7-053.9

Разумовский М.И.[1], Разумовская А.М.[2]

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЦВЕТОРАЗЛИЧИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПРИ РАЦИОНАЛЬНОМ ТРУДОВОМ УСТРОЙСТВЕ.

[1]ФГБУ Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта Минтруда России
[2]ФГБУ ДПО Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов Минтруда России

Razumovskiy M.I.[1], Razumovskaya A.M.[2]

SPECIAL OF THE CONDITION OF COLOR VISION AT ELDERLY PEOPLE WITH VASCULAR PATHOLOGY AT THE RATIONAL LABOUR DEVICE.

[1]FGBU the St. Petersburg practical-scientific center of medico- social examination, prosthetics and rehabilitation of invalids im. G.A. Albrecht Mintrud of Russia
[2]FGBU DPO the St. Petersburg institute of the improvement of the doctor- experts Of mintruda of Russia

Ключевые слова: цветоразличительная функция, лица пожилого возраста с сосудистой патологией, одряхление, трудовые возможности, профессиональная пригодность.

Keywords: color differentiation function, face of elderly age with the vascular pathology, the obsolescence, working possibilities, professional fitness.

Аннотация. Целью настоящего исследования было изучение особенностей состояния цветоразличительной функции у лиц пожилого возраста с сосудистой патологией (гипертонической болезнью I-II ст.), необходимого для решения вопросов, возникающих при рациональном трудовом устройстве.

Методы. Анализу подверглись результаты обследования 147 (293 глаза) пациентов, находящихся (согласно классификации ВОЗ) в пожилом возрасте (от 60 до 75 лет), страдающих сосудистой патологией (гипертонической болезнью I-II ст.).

Статистическая обработка материала проводилась с использованием компьютерных программ. Статистическая значимость различий полученных результатов определялась по критериям Стюдента и Манна-Уитни.

Результаты**.** Следует отметить, что у лиц пожилого возраста без признаков одряхления цветовые пороги были повышены в основном на два цвета, а у лиц с признаками одряхления на три цвета.

В наших исследованиях было обнаружено, что у лиц пожилого возраста без признаков одряхления пороги цветоразличения превышали верхнюю границу пределов колебаний порогов, лиц контрольной группы на две-три условные ступени, а по мере нарастания признаков одряхления – на 4-5 и более ступеней, что свидетельствует о начинающихся трофических изменениях в нейрорецепторном аппарате глаза.

Обсуждение. Трудовые возможности лиц пожилого возраста, страдающих сосудистой патологией, связаны с состоянием цветоразличительной функции, так как инволюционный процесс у ряда пожилых людей сопровождается нарушением цветоощущения.

Обнаруженный факт нарушения цветоразличительной функции при одряхлении организма необходимо учитывать при оценке зрительных профессиональных возможностей этой категории лиц.

Заключение. Как показали наши исследования, возраст обследованных лиц оказывал значительно меньшее влияние на цветоразличительную функцию, чем процесс одряхления, у одной и той же возрастной группы пациентов. Проведенные исследования показали также, что именно одряхление организма обследованных сопровождалось нарушением зрительных функций, включая цветоразличение, что необходимо учитывать при социально-трудовой реабилитации этой категории лиц.

В связи с изложенным, особую актуальность приобретает исследование цветоразличительной функции при рациональном трудовом устройстве этой категории лиц, которое предусматривает полное соответствие условий труда состоянию здоровья работающего.

Abstract.

The purpose of the present investigation was the study of the special features of the state of color differentiation function in the persons of the elderly age with the vascular pathology (hypertonic disease I-II st.), necessary for resolution of questions, that appear with the rational working device.

Methods. Analysis underwent the results of the inspection 147 (293 of eye) patients, who are found (according to the classification of WHO (World Health Organization)) in the elderly age (from 60 to 75 the years), that suffer the vascular pathology (hypertonic disease I-II st.). Statistical processing of material was conducted with the use of computer programs. The statistical significance of differences in the obtained results was determined by the criteria Of styudenta and Mann- Whitney.

Results. It should be noted that in the persons of elderly age without the signs of the obsolescence color thresholds were increased in essence to two colors, and in the persons with the signs of the obsolescence to three colors. In our studies it was discovered, that in the persons of elderly age without the signs of the obsolescence the thresholds of color differentiation exceeded upper boundary of the limits of the fluctuations of the thresholds, persons of the control group to two-three conditional steps, and in proportion to the growth of the signs of the obsolescence – to 4-5 more than steps, whiches indicate the incipient trophic changes in the neyroretseptornom apparatus of eye.

Consideration. The working possibilities of those of elderly age, who suffer vascular pathology, are connected with the state of color differentiation function, since involutional process in the number of elderly people is accompanied by the disturbance of color sensation. The discovered fact of the disturbance of color differentiation function during the obsolescence of organism must be considered during the estimation of the visual professional possibilities of this category of the persons.

Conclusion. As showed our studies, the age of the inspected persons had a considerably smaller effect on color differentiation function, than the process of the obsolescence, in one and the same age class of patients. The conducted investigations showed also that precisely the obsolescence of the organism of subjects was accompanied by the disturbance of visual functions, including color differentiation, that it is necessary to consider during the social- working rehabilitation of this category of the persons. In connection with that presented, special urgency acquires a study of color differentiation function with the rational working device of this category of the persons, which provides for complete agreement of working conditions to the status of the health of worker.

Актуальность

При формировании индивидуальных программ социально-трудовой реабилитации для лиц пожилого возраста с сосудистой патологией, определение трудовых возможностей, прежде всего, связано с изучением пространственных характеристик цветового зрения [1,2,3,4].

Цветоразличительная функция исследована у 147 человек (293 глаза) пожилого возраста с сосудистой патологией, у которых при отсутствии признаков одряхления организма, цветоощущение было не нарушено. Однако при наличии признаков одряхления организма - цветоощущение

изменялось у значительного количества обследованных (61%), что, очевидно, связано со специфическими для процесса одряхления нарушениями функции цветовоспринимающего аппарата органа зрения.

Цветовое зрение играет особую роль в определении профессиональной пригодности, так как оно увеличивает объем зрительной информации и позволяет эффективно решать задачи зрительного обнаружения, различения и опознания. Именно объем зрительной информации является основополагающим в решении задач поиска и обнаружения объектов трудовой деятельности по цветовым характеристикам за счет применения цветового кодирования и индикации, которые во многих профессиях входят в число основных показателей профессионального отбора [5].

Особую актуальность оценка цветоразличительной функции приобрела, в настоящее время, в связи с подписанием Россией резолюции Генеральной Ассамблии ООН, в соответствии с которой пожилые люди должны иметь возможность работать и участвовать в профессиональном обучении и переобучении. Однако при определении профессиональной пригодности во многих видах трудовой деятельности необходимо четкое представление о состоянии цветоразличительной функции у каждого пожилого человека, претендующего на трудовое устройство. Возросшая потребность в рациональном трудовом устройстве связана с увеличением количества лиц пожилого возраста, которое по данным ООН происходит во всех экономически развитых странах мира.

Целью настоящего исследования было изучение особенностей состояния цветоразличительной функции у лиц пожилого возраста с сосудистой патологией (гипертонической болезнью I-II ст.), необходимого для решения вопросов, возникающих при рациональном трудовом устройстве.

Материалы и методы

Статистическому анализу подверглись результаты обследования 147 пациентов (293 глаза. Отсутствие глаза у одного пациента связано с перенесенной травмой в детстве), находящихся в возрасте от 60 до 75 лет, страдающих сосудистой патологией (гипертонической болезнью I-II ст.). Следует отметить, что у указанной группы больных гипертонической болезнью, по данным представленных в медицинских документах, отмечалась длительность заболевания от 3 до 5 лет, без кризовых состояний. При этом осложнений основного заболевания, отражающихся на цветоразличительной функции, не отмечалось. Всем пациентам в период обследования проводилась только симптоматическая терапия, не влияющая на цветоразличительную функцию.

Цветоразличительная функция зрительного анализатора исследовалась при помощи полихроматических таблиц Е.Б. Рабкина, Е.Н. Юстовой и анамалоскопа (модель АН-59).

Все больные находились в пожилом возрасте (согласно классификации ВОЗ) от 60 до 75 лет.

Работа выполнялась в два этапа. На первом этапе проводилось исследование влияния инволюционного процесса на цветоразличительную функцию. Для этого были отобраны две группы, первую - основную составили пациенты, находившиеся в возрасте от 60 до 65 лет (средней возраст 55±5 лет) с сосудистой патологией без признаков одряхления организма. В группу сравнения были включены лица более пожилого возраста от 66 до 75 лет (средний возраст 68±8 лет), также без признаков одряхления организма, страдающих сосудистой патологией.

На втором этапе для выяснения влияния одряхления организма на цветоразличительную функцию была отобрана группа обследованных лиц пожилого возраста от 60 до 75 лет (средний возраст 65±9 лет) с сосудистой патологией, у которых методом интервьюирования выявлялись признаки одряхления организма. При этом признаки одряхления организма человека, такие как: мышечная слабость, повышенная общая утомляемость, сниженная физическая активность, возрастное изменение походки и потеря веса, были сформулированы в соответствии с рекомендациями специалистов Геронтологического центра при университете Джонса Гопкинса (США). Эти лица составили основную группу. Результаты исследования цветоразличительной функции этих пациентов статистически сопоставлялись с группой сравнения без признаков одряхления организма, обследованных на первом этапе.

Во все группы обследованных вошли 67 мужчин и 80 женщин. Обе группы составили лица пожилого возраста. В группу обследованных без одряхления организма были включены 50 мужчин и 58 женщин и группу обследованных с признаками одряхления организма представили 17 мужчин и 22 женщины.

Всем пациентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование, включающее: визометрию, периметрию, рефрактометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию и офтальмоэргономические методы: профтестирование (автоматизированная система «Профтест-1»), эргография. Методический комплекс «Профтест-1» (патент RU 2416823, 20.04.2011) представляет собой комплекс моделированных рабочих мест в специально созданных условиях труда, максимально приближенных к реальным условиям производства. «Профтест-1» позволяет оценить зрительную работоспособность и выявить, какой производственный процесс вызывает наименьшее зрительное утомление, так как моделированные рабочие места, по технологическим и эргономическим характеристикам соответствуют производственным операциям таких сквозных профессий как: слесарно-сборочные, электромонтажные, оплеточные, интеллектуальные виды труда и др. Анализ результатов данного обследования позволяет дать заключение о показанных и противопоказанных видах трудовой деятельности.

Результаты

Результаты клинического и демографического обследования пожилых людей с сосудистыми заболеваниями без признаков одряхление организма на первом этапе представлены в таблице 1.

Таблица 1. Состояние цветоразличительной функции у обследованных без признаков одряхления организма по основным клиническим и демографическим характеристикам (абс./%, n = 108).

Пол обследуемых	Стадия гипертонической болезни (абс./%)		Состояние цветоразличительной функции (абс./%)	
	I ст.	II ст.	нарушена	Не нарушена
Мужчины n=50	38/76	12/24	-	50/100
Женщины n=58	42/72,4	16/27,6	-	58/100
Всего (абс./%) n=108	80/74	28/26	-	108/100

Как видно из таблицы 1, у мужчин и женщин, страдающих гипертонической болезни 1-2 ст., достоверного различия цветоразличительной функции выявлено не было.

Результаты исследования остроты зрения и цветоразличительной функции больных пожилого возраста без признаков одряхления организма, представленные в таблице 2, показали, что у обследованных с незначительно и умеренно выраженным нарушением центрального зрения достоверных изменений цветового зрения не обнаружено.

Таблица 2.Острота зрения и цветоразличительная функциябольных пожилого возраста без признаков одряхления организма

возраст	пол		Острота зрения (с коррекцией)		Цветоразличительная функция
	мужчины	женщины	09-04 (абс./%) n=108	03-01 (абс./%) n=108	
60±5	28/25,9	49/45,4	68/62,9	9/8,3	Нормальная трихромазия
66±9	22/20,4	9/8,3	21/19,4	10/9,2	Нормальная трихромазия
Всего (абс./%)	50/46,2	58/53,8	89/82,4	19/17,6	108/100

n=108					

Наряду с остротой зрения проводилось исследование периферического зрения.

Проведенные периметрические исследования у пациентов без признаков одряхления организма не выявили грубых дефектов полей зрения (табл. 3.).

Таблица 3.Состояние поля зрения и цветоразличительная функция больных пожилого возраста без признаков одряхления организма

возраст	пол		Состояние поля зрения		Цветоразличительная функция
	мужчины	женщины	Норма или сужение периферических границ на 10 – 15 град., м.б. наличие мелких скотом	Сужение периферических границ на 20 – 30 град.	
60±5	28/25,9	49/45,4	65/60,2	12/11,1	Нормальная трихромазия
66±9	22/20,4	9/8,3	23/21,3	8/7,4	Нормальная трихромазия
Всего (абс./ %) n=108	50/46,2	58/53,8	88/81,5	20/18,5	108/100

Как видно из таблицы 3 у лиц пожилого возраста без признаков одряхления наблюдались незначительные изменения поля зрения у 100% обследованных, при исследовании цветоразличительной функции грубых изменений у них не выявлено, у 7% обследованных выявлены значительные изменения поля зрения и при этом выявлялась приобретенная цветослабость.

Как видно из таблицы 4 у лиц пожилого возраста с признаками одряхления при исследовании цветоразличительной функции спектральными методами исследования изменений выявлено.

Таблица 4. Острота зрения и цветоразличительная функция больных пожилого возраста с признаками одряхления организма

Острота зрения (с коррекцие	Количество обследованных в возрасте от 55	Цветоразличительная функция	Количество обследованных в возрасте	Цветоразличительная функция

й)	до 65 лет		от 66 до 75 лет	
0,9 – 0,4	22	изменена*	8	изменена*
0,3 – 0,1	5	изменена*	4	изменена*

*Количество лиц с различной степенью изменений цветоразличительной функции указано в тексте.

Как видно из таблицы 4 у всех обследованных старших возрастных групп с признаками одряхления при исследовании цветоразличительной функции спектральными методами исследования выявлена приобретенная цветослабость разной степени выраженности. Так, среди лиц с остротой зрения 0,9-0,4 в возрасте от 55 до 75 лет (30 человек) в 70% случаев, наблюдалось нарушение цветоразличительной функции умеренно выраженной степени, у 12% наблюдалось незначительно выраженные и у 18% - значительно выраженные. У лиц с остротой зрения 0,3-0,1 (9 человек) наблюдалось нарушение цветоразличительной функции в 100% случаев такое, как умеренное (23%) и значительно выраженное (77%).

Следует отметить, что у лиц пожилого возраста без признаков одряхления цветовые пороги были повышены в основном на два цвета, а у лиц с признаками дряхлости на три цвета.

В наших исследованиях было обнаружено, что у лиц пожилого возраста без признаков одряхления, пороги цветоразличения превышали верхнюю границу пределов колебаний порогов, лиц контрольной группы на две-три условные ступени, а по мере нарастания признаков одряхления – на 4-5 и более ступеней.

Характерно было увеличение широты установки на цветовое равенство, главным образом, в сторону зеленого цвета и в некоторых случаях цветовые равенства составлялись и в области красного цвета, а также характерно было повышение порога на синий, зеленый и красный цвета. Из вышеизложенного следует, что у пожилых и престарелых людей, часто наблюдаются расстройства цветового зрения, которые могут быть обнаружены при исследовании спектральным методом (на анамалоскопе-59).

Таблица 5.Нарушения полей зрения и цветоразличительная функция у больных пожилого возраста с признаками одряхления организма

Нарушения поля зрения	Количество обследованных в возрасте от 55 до 65лет	Цветоразличительная функция	Количество обследованных в возрасте от 66 до 75лет	Цветоразличительная функция
Норма или				

сужение периферических границ на 10 – 15 град., м.б. наличие мелких скотом	19	изменена*	5	изменена*
Сужение периферических границ на 20 – 30 град., наличие скотом в 10 – 15 град., секторное выпадение	8	изменена*	7	изменена*

*Количество лиц с различной степенью нарушения поля зрения, имеющих изменения цветоразличительной функции указано в тексте.

Как видно из таблицы 5 у всех обследованных старших возрастных групп с признаками одряхления, имеющих **незначительно выраженные нарушения полей зрения** при исследовании цветоразличительной функции выявлена приобретенная цветослабость разной степени выраженности. Так, среди лиц в возрасте от 55 до 75 лет (30 человек) в 70% случаев, наблюдалось нарушение цветоразличительной функции умеренно выраженной степени, у 12% наблюдалось незначительно выраженные и у 18%- значительно выраженные.

Большой интерес представляет исследование глазного дна у пожилых больных с признаками и без признаков одряхления организма. У всех пациентов с наличием признаков одряхления организма наблюдались изменения глазного дна в виде полиморфных серых и пигментированных различных по величине дистрофических изменений в макулярной и парамакулярной областях, ангиосклероз сетчатки, друзы, дистрофические очаги. Кроме того, практически у всех обследованных, наблюдались выраженные изменения сосудов глазного дна по типу гипертонической ангиопатии и ангиосклероза.

Анализ результатов электрофизиологических исследований показал, что у лиц старших возрастных групп с сосудистой патологией с признаками одряхления организма были выраженные изменения проводящей системы глаза.

При исследовании цветоощущения на анамалоскопе АН-59 у большинства обследованных установлены нарушения восприятия цвета. Результаты исследования на анамалоскопе -59 сравнивались с величинами порогов контрольной группы испытуемых. У лиц пожилого возраста было обнаружено повышение порогов цветоразличения. Обращает на себя внимание то обстоятельство, что расстройства цветовой пороговой чувствительности в большинстве случаев нарастали у лиц с признаками одряхления организма.

Кроме того, анализ полученных данных показал, что у пожилых людей без признаков одряхления нарушается восприятие зеленого, синего цветов и увеличена широта установки в сторону зеленого цвета. У пожилых пациентов, с признаками одряхления, нарушается восприятие красного, зеленого и синего цвета и увеличена широта установки в сторону зеленого цвета.

У лиц в возрасте 65 – 75 лет, как без признаков одряхления, так и с нерезкими явлениями одряхления и выраженной клинической картиной одряхления организма, пороги и широта установки значительно увеличивалась по сравнению с группой обследованных, находящихся в возрасте 55 - 65 лет.

Увеличение порогов на цвета и широты установки у пожилых и престарелых людей, можно объяснить наличием дегенеративно-дистрофического процесса в сетчатке и зрительно-нервном пути.

Обсуждение

Определение трудовых возможностей у лиц старших возрастных групп, страдающих сосудистой патологией, связано во многом с состоянием цветоразличительной функции, так как, инволюционный процесс у ряда пожилых людей сопровождается нарушением цветоощущения. С целью определения основных факторов, влияющих на этот процесс, нами обследованы две группы пациентов пожилого возраста с сосудистой патологией (гипертонической болезнью I – II ст.). В основную группу входили лица пожилого возраста с сосудистой патологией без признаков одряхления организма. Группу сравнения составили лица того же возраста с признаками одряхления организма. Исследование зрительной функции и цветоразличительной способности у 147 человек показали, что у этой категории лиц пожилого возраста без признаков одряхления, пороги цветоразличения превышали верхнею границу пределов колебаний порогов установленных, у лиц группы сравнения, на 2-3 условные ступени. По мере нарастания признаков одряхления организма: мышечная слабость, повышенная общая утомляемость, сниженная физическая активность, потеря веса и другие (рекомендации Геронтологического центра при университете Джонса Гопкинса - США) наблюдалось увеличение порогов на 4-5 и более ступеней. Причем нарушение цветоразличительной функции не имело прямой корреляционной зависимости от возраста пациентов, и было связано со степенью выраженности одряхления организма. Следует отметить, что

одряхление организма сопровождалось и более частыми изменениями глазного дна пациентов в виде полиморфных пигментированных очагов (от мелкоочаговости макулярной и парамакулярной областях до одиночных более крупных пигментированных очагов, серых друз и пигментированных стрий на периферии глазного дна). Таким образом, результаты обследования пациентов со всей очевидностью показали, что именно одряхление организма сопровождается нарушением цветоразличительной функции, которое можно рассматривать как один из ранних основных признаков одряхления организма, предшествующее последующим органическим дистрофическим изменениям глазного дна.

Указанные факты необходимо учитывать при оценке зрительных профессиональных возможностей этой категории лиц.

Заключение

Таким образом, как показали наши исследования, возраст обследованных лиц оказывал значительно меньшее влияние на цветоразличительную функцию, чем процесс одряхления у одной и той же возрастной группы обследованных. Проведенные исследования показали также, что именно одряхление организма обследованных лиц сопровождалось нарушением зрительных функций, что необходимо учитывать при социально-трудовой реабилитации этой категории лиц.

В связи с тем, что при различных видах трудовой деятельности требуется нормальная цветоразличительная функция органа зрения, особое значение приобретает её исследование у этой категории лиц при рациональном трудовом устройстве.

Список литературы

1. Разумовский М.И., Разумовская А.М., Трофимова С.В. Особенности социальной реабилитации лиц старших возрастных групп с сосудистой офтальмопатологией / Конференция Доступная среда. Аспекты второго плана. Новокузнецк.- 2015 г.- С.116-117.
2. Разумовская А.М., Разумовский М.И., Трофимова С.В. Медико-социальные особенности профессиональной реабилитации лиц пожилого возраста с сосудистой офтальмопатологией / Альманах клинической медицины 36 январь 2015.- С.93-97.
3. Разумовский М.И., Разумовская А.М. Основы социальной реабилитации инвалидов с сосудистыми заболеваниями органа зрения / Монография. СПб. Изд-во Аркуш, 2012г. -74 с.
4. Разумовский М.И., Разумовская А.М., Трофимова С.В. Рациональные условия труда для лиц пожилого возраста при различной степени компенсации нарушенного кровообращения органа зрения / Успехи геронтологии. 2015.-№3.- т. 28.- С.532-540.
5. Алексеев В.Н., Разумовский М.И., Разумовская А.М. Комплексная реабилитация больных с сосудистыми заболеваниями органа зрения / Медицинский альманах № 1 (31) март 2014.-С.63-65.

УДК 616.8:616-036.86

Чапко И.Я., Филиппович А.Н., Стахейко Н.В., Перкова В.Е.

ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации (РНПЦ МЭ и Р), Минск, Республика Беларусь

I.J.Chapko, A.N.Filippovich, N.V.Staheyko, V.E.Perkova

PRINCIPLES OF FORMATION OF THE PROGRAM OF MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH SYMPTOMATIC EPILEPSY

Repablican Scientific and Practical Center of Medical Expertise and Rehabilitation, Minsk, Republic of Belarus

Ключевые слова: медицинская реабилитация, симптоматическая эпилепсия.

Keywords: medical rehabilitation, symptomatic epilepsy.

Аннотация. Разработана технология реабилитации пациентов с симптоматической эпилепсией, выделены принципы формирования программы медицинской реабилитации.

Abstract. The technology of rehabilitation of patients with symptomatic epilepsy, highlighted principles of medical rehabilitation programs.

Введение. Особое место среди актуальных проблем восстановительного лечения, предупреждения инвалидности у пациентов с заболеваниями центральной нервной системы занимают вопросы медицинской реабилитации лиц с симптоматической эпилепсией [1,2]. Симптоматическая эпилепсия (условно называемая «вторичной эпилепсией») – одно из проявлений органических заболеваний центральной нервной системы (черепно-мозговая травма, опухоли головного мозга, энцефалопатии, инсульт и др.), в клинической картине которых наряду с эпилептическим синдромом отмечаются и другие неврологические синдромы.

Цель. Целью настоящего исследования являлась разработка этапной технологии и отдельных методов медицинской реабилитации пациентов с симптоматической эпилепсией, принципов формирования программы медицинской реабилитации.

Материалы и методы. В основу разработанной технологии положены результаты исследования 305 пациентов (227, 74,4 % мужчин и 78, 25,5 % женщин) с симптоматической эпилепсией, выполненные на клинических базах ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» (в период 2011 - 2015 гг.). Медицинскую реабилитацию предложено осуществлять пациентам с симптоматической эпилепсией, обусловленной черепно-мозговой травмой (S06 – здесь и далее указан код по МКБ-10), цереброваскулярной патологией (I60 - I64), воспалительными заболеваниями центральной нервной системы (G00-G09) (в восстановительном периоде процесса, а также в периоде последствий – до 2-х лет); доброкачественными опухолями головного мозга (D32, 33) (после оперативного лечения), у пациентов перенесших операции по поводу артерио-венозных мальформаций головного мозга и артериальных мешотчатых аневризм (I72). При формировании программы реабилитации и проведении мероприятий медицинской реабилитации используются методы лечебной физкультуры, психотерапия, аппаратная физиотерапия, водолечение, лекарственные средства, диетотерапия.

Результаты. Медицинская реабилитация проводится пациентам после стабилизации жизненно важных функций организма (при снижении частоты эпиприпадков до 2-х и менее в месяц) в остром, раннем и позднем восстановительных периодах заболеваний, а также пациентам с последствиями заболеваний. При осуществлении медицинской реабилитации на пациента заполняется индивидуальная программа медицинской реабилитации.

Основными задачами *лечебной физической культуры* (ЛФК) у пациентов с симптоматической эпилепсией являются: уравновешивание процессов возбуждения и торможения в головном мозге, улучшение трофики мозговой ткани, укрепление систем организма и расширение его адаптивных возможностей, обеспечение нормального физиологического тонуса мышц, предупреждение изменений личности. При применении лечебной физкультуры следует придерживаться принципа этапности в лечении, дозированности нагрузок, соблюдать постепенность в наращивании интенсивности физической нагрузки в соответствии с клиническим состоянием пациента. Реабилитационный эффект при тренировке возможен при соблюдении ряда принципов: систематичности, регулярности, длительности, дозировании нагрузок, индивидуализации.

Особенностями реабилитационной тактики ЛФК при симптоматической эпилепсии является: следует избегать гипервентиляции (упражнения следует выполнять в умеренном темпе); в комплекс не рекомендуется включать упражнения на быстроту, скорость перехода из одного положения в другое, на равновесие; используется принцип постепенного усложнения выполняемых упражнений; во время выполнения упражнений следует избегать задержки дыхания на выдохе. Проводить

физическую реабилитацию пациенту необходимо на фоне противосудорожной терапии.

Лечебная физкультура при симптоматической эпилепсии может проводиться в форме индивидуальной и групповой лечебной гимнастики (индивидуально, по показаниям). При симптоматической эпилепсии первые занятия ограничиваются временем 10 мин, затем длительность их постепенно увеличивается до 20 - 30 мин в день. Упражнения индивидуально усложняются. При выполнении упражнений необходимо следить, чтобы дыхание осуществлялось только носом во избежание гипервентиляции легких, которая опасна усилением судорожной готовности (обращать на это внимание пациентов); необходимо также акцентировать внимание пациентов, что растяжение и расслабление мышц происходит лучше на выдохе. Лечебную гимнастику необходимо проводить регулярно с постепенным возрастанием нагрузки и разнообразием упражнений; в комплекс должны входить упражнения, охватывающие различные мышечные группы. При отсутствии эпиприпадков с 10 го занятия можно применять занятия на тренажерах: ходьбу на беговой дорожке и велотренажер в спокойном равномерном темпе без выраженного ускорения и замедления скорости движений.

В случае если на фоне занятий отмечается учащение припадков, а также в первые два дня после приступа занятия временно отменяются.

При формировании рекомендаций для дальнейших занятий ЛФК на амбулаторном и домашнем этапах (и при расширении двигательной активности) пациентам с симтоматической эпилепсией показаны: продолжение выполнения разученного комплекса упражнений; различные виды гимнастики; спокойная ходьба на лыжах (без скоростных спусков и не в горной местности); дозированная ходьба на природе: медленная (со скоростью 60 – 80 шагов в минуту) или средняя (со скоростью 80-100 шагов в минуту), акцентируется внимание пациента, что во время дозированной ходьбы дышать следует только носом; некоторые спортивные игры (теннис, волейбол, городки). Противопоказаны бокс, борьба.

Использование *физических факторов (физиотерапии)* способствует более быстрому восстановлению или компенсации нарушенных функций организма и осуществляется с учетом этиологического фактора, приведшего к симптоматической эпилепсии (черепно-мозговая травма, инфаркт мозга, нейроинфекции и др.). При частых эпиприпадках и эпиприпадках средней частоты физиотерапевтическое лечение противопоказано. При редких эпиприпадках физиотерапевтическое лечение проводят на фоне обязательной противосудорожной терапии. Электросон (импульсная электротерапия) осуществляется постоянным импульсным током длительностью 0,2-0,5 мс, силой до 10 мА с частотой от 1 до 160 Гц и используется в сочетании с электрофорезом. Электросон и электрофорез седативных и рассасывающих веществ (натрия оксибутират, натрия бромид, калия йодид) методом электросна проводится с включением дополнительной постоянной

составляющей тока. Частота импульсов – 5-10 Гц. Продолжительность воздействия 30-60 минут. Курс – 15-20 процедур, ежедневно. Повторный курс реабилитации проводят с интервалом не ранее 3 месяца.

Хвойные ванны готовят путем добавления порошкообразного или жидкого хвойного экстракта. Температура воды индифферентная, 35 — 37°С, продолжительность —10—15 мин. Курс лечения—10—20 ванн, ежедневно или через день. *Шалфейные ванны* приготавливают, растворяя в воде жидкий или сгущенный конденсат мускатного шалфея. Температура воды 35—37°С, продолжительность 8—15 мин. Курс лечения состоит из 12—15 процедур, проводимых с частотой 3—4 раза в неделю.

Психотерапия используется для влияния не только на патологические проявления, но и на личность пациента с целью приспособления к повседневной жизни в условиях изменившегося состояния здоровья. Общие и специальные психотерапевтические мероприятия используются для смягчения негативной аффективной напряженности и формирования позитивного умонастроения, что снижает судорожную готовность мозга.

Рациональная психотерапия в виде беседы. Главными задачами являются установление доверительного контакта с пациентом и разъяснительное подкрепление всех видов лечебных процедур и лекарственных назначений; изменение представления пациента о своей болезни; коррекция социальной установки, отношения к труду, окружающим.

Аутогенная тренировка. В основе аутогенной тренировки лежит комплекс из шести стандартных упражнений. У пациентов с симптоматической эпилепсией целесообразно использовать вариант аутогенной тренировки с акцентом не на мышечном расслаблении, а на развитии процесса самоконтроля, саморегуляции; большее значение при этом придается расширенным формулам спокойствия. Применение аутогенной тренировки рассчитано на курс ежедневных занятий до 20 дней. Аутотренинг при эпилепсии отличается рядом особенностей. В меньшей степени прорабатываются упражнения на регуляцию дыхания и сердечного ритма (третье и четвертое), акцент делается не на мышечном расслаблении (эти упражнения наиболее актуальны при моторных припадках без генерализации приступа), а на получении эффекта аутогенного погружения, - второй фазы аутогенной тренировки; подробная фиксация на чувстве тяжести не проводится, тепловые ощущения в конечностях дополняются холодовыми в области лица и головы. В связи с этим рекомендовано не заниматься тренировкой отдельных упражнений, а давать пациентам подготовительную формулу и четыре упражнения классической методики полностью с первого сеанса (для сокращения сроков реабилитации).

Медикаментозная коррекция осуществляется индивидуально, по показаниям (в зависимости от этиологического фактора); выбор лекарственных средств производится в соответствии с клиническими протоколами лечения пациентов с патологией нервной системы. Основные

принципы тактики медикаментозной коррекции симптоматической эпилепсии на этапе медицинской реабилитации: индивидуальность (подбор противосудорожного лекарственного средства осуществляется индивидуально каждому пациенту); монотерапия (коррекция осуществляется только одним противосудорожным лекарственным средством (средством первой очереди выбора, при неэффективности лекарственного средства первой очереди выбора следует проводить монотерапию средством второй очереди выбора, а при его неэффективности – третьей, только в случае отсутствия эффекта при монотерапии добавляется второе противосудорожное лекарственное средство); непрерывность (перерывы в приеме средства не допускаются); длительность (продолжительность приема противосудорожного лекарственного средства должна составлять не менее 2-5 лет после последнего припадка (вопрос о длительности решается индивидуально, по показаниям).

Организация «Школы пациента с симптоматической эпилепсией». «Школа пациента» является одной из наиболее простых и удобных форм обучения пациентов, проходящих курс реабилитационных мероприятий в стационарных и амбулаторных условиях. В «школу» включают группы пациентов в раннем восстановительном периоде заболевания, проходящие курс реабилитационных мероприятий в условиях стационарного отделения реабилитации, а также пациенты, у которых уже сформировались стойкие последствия на органном или организменном уровне и возникла потенциальная или реальная угроза инвалидности.

Диетотерапия. Особенности организации правильного питания при симптоматической эпилепсии (способствующие уменьшению количества приступов) доводятся пациентам во время проведения образовательных программ в рамках «школы пациента» или при рациональной психотерапии. Пациентам не рекомендуются крепкий чай, кофе, алкоголь, газированные напитки, «быстрые» углеводы (хлеб и мучные продукты, сладости, картофель). Следует ограничить употребление жидкости, острых (уксус, перец, хрен, чеснок, горчица и др.), соленых (сельдь, кильки, соления) блюд, продуктов с высоким содержанием азота (фасоль, горох, бобы), белка.

Заключение. Таким образом, грамотное и комплексное формирование программы медицинской реабилитации пациентов с симптоматической эпилепсией позволит улучшить клинико-социальный исход заболевания, будет способствовать предупреждению развития инвалидности или снижения степени выраженности нарушений, ограничений жизнедеятельности при сформировавшейся инвалидности.

Список литературы.

1. Смычёк В.Б. Современная медицинская концепция последствий болезни и «составляющих здоровья».– Минск, 2008. – 74 с.
2. Смычёк В.Б. Современные аспекты инвалидности.– Минск: БГАТУ, 2012.– 268 с.

УДК 364.023+364.025.4

Лагун В.Е.

ОСОБЕННОСТИ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЯМ С СИНДРОМОМ ДАУНА В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Санкт-Петербургская общественная организация инвалидов «Даун Центр», Санкт-Петербург

Lagun V.E.

CHARACTERISTICS OF DISABILITY CHILDREN WITH DOWN'S SYNDROME IN SAINT-PETERSBURG

Saint-Petersburg public organization of disabled people "The Down Center", Saint-Petersburg

Ключевые слова: трисомия 21, медико-социальная экспертиза, инвалидность, база данных, межведомственное взаимодействие

Keywords: trisomy 21, medical-social expertise, disability, database, interagency cooperation

Аннотация. Обобщен опыт общественной организации инвалидов по сопровождению детей с синдромом Дауна при первичном и повторном освидетельствовании на комиссии медико-социальной экспертизы после введения новых классификаций и критериев установлении инвалидности в 2014-2016 гг. в Санкт-Петербурге.

Abstract. Summarizes the experience of public organizations of disabled peoples for support of children with Down's syndrome in primary and repeated the examination on Commission of medico-social expertise after the introduction of new classifications and criteria of disability establishment in 2014-2016 in Saint-Petersburg.

Методически неподготовленное введение Приказом Минтруда России от 29 сентября 2014 г. № 664н [1] новых «классификаций и критериев» установления инвалидности привело к значительным недоразумениям на местах, к заметному сокращению числа лиц с инвалидностью и к обоснованным протестам со стороны родительских общественных организаций. Так, обращение к руководству страны родителей детей с сахарным диабетом, муковисцидозом и синдромом Дауна привело к отмене вышеуказанного Приказа. Выход Приказа Минтруда России от 17 декабря 2015 г. № 1024н [2], к сожалению, не исправил полностью ситуации,

поскольку количественная сторона «классификаций и критериев» не прошла неформальной апробации среди профильных специалистов. Целью доклада является рассмотрение особенностей общественного сопровождения детей с синдромом Дауна при прохождении комиссии медико-социальной экспертизы в Санкт-Петербурге.

Такое сопровождение выполняет Санкт-Петербургская общественная организация инвалидов «Даун Центр» (СПб ООИ «Даун Центр), основанная родителями детей с синдромом Дауна в 2003 году. Для возможно более полного устранения субъективизма при построении «количественной системы оценок степени выраженности стойких нарушений функций организма» предложены наборы характеристик физического, психического здоровья и функционирования основных систем организма ребенка с синдромом Дауна, полученных из амбулаторной карты, по результатам дополнительных медицинских исследований, а также описанных в [3]. В рамках социального подхода к пониманию инвалидности проведено статистическое сравнение параметров развития дошкольников с синдром Дауна, проживающих в семьях и в условиях интерната. Для этого использована информация из базы данных о статистике появления навыков и умений у детей с синдромом Дауна, построенной в СПб ООИ «Даун Центр». Количественно показана роль ранней помощи в успешной социальной адаптации детей с хромосомными нарушениями. Обоснована экономическая эффективность оказания систематической ранней помощи детям с нарушениями развития на основе межведомственного взаимодействия учреждений здравоохранения, образования (см., например, [4]) и социальной политики.

Сделан вывод о необходимости обеспечения ранней абилитации младенцев с синдромом Дауна в рамках реализации ИПРА, составляемой органами медико-социальной экспертизы, с комплексным учетом текущего состояния ребенка и с обязательным мониторингом эффективности выполненных реабилитационных мероприятий.

Список литературы

1. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 29 сентября 2014 г. N 664н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы" (утратил силу).
2. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 г. N 1024н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы" (с изменениями и дополнениями).

3. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.- Женева: ВОЗ. - 2001. - 342с.
4. Лагун В.Е. Проблемы и перспективы образования детей с синдромом Дауна в Санкт-Петербурге /Современные подходы к образованию детей с ограниченными возможностями здоровья. Издание Центра повышения квалификации специалистов "Информационно-методический центр" Московского района Санкт-Петербурга. Санкт-Петербург. - 2013. - С. 13-16.

УДК 616.831-005.1-036.82/.85

Смычек В.Б.[1], Васильченко Н.И.[2]

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ

[1]ГУ «Республиканский научно-практический центр экспертизы и реабилитации», г. Минск
[2]ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

Smichek V.B., Vasilchanka N.I.

CRITERIA FOR ASSESSMENT OF REHABILITATION TREATMENT EFFECTIVENESS FOR POST-STROKE PATIENTS

[1]National Science and Practice Center of Medical assessment and Rehabilitation Ministry of Health of the Republic of Belarus, Minsk, Republic of Belarus

Ключевые слова: инсульт, ограничения жизнедеятельности, функциональный класс, инвалидность, реабилитационный потенциал, медицинская реабилитация

Keywords: stroke, disability, functional class, invalidity, rehabilitation potential, medical rehabilitation.

Аннотация: Представлены критерии эффективности реабилитационного лечения у пациентов с инсультом.

Abstract: The article explains selection of assessment criteria for measuring effectiveness of rehabilitation treatment of post-stroke patient's qua.

Введение: Цереброваскулярная патология одна из наиболее сложных и актуальных проблем современной медицины, самым тяжелым с аспекте летальности и выраженности инвалидизирующих последствий является

мозговой инсульт [1,2,3,4]. По некоторым данным установлено, что через 5 лет у двух третей пациентов, перенесших инсульт, имеются неврологические нарушения и ограничения функциональной состоятельности, у 22,5% – деменция, 15% находятся на попечении в специальных учреждениях, а 20% – перенесли повторный инсульт [5]. Одной из актуальных проблем современной медицины является разработка подходов к реабилитации данной категории пациентов. Процесс реабилитационной помощи пациентам с мозговым инсультом многогранен и завершающим этапом технологии медицинской реабилитации является оценка ее эффективности. На сегодняшний день дискутируется вопрос, что должна включать эта оценка. В качестве критериев эффективности реабилитации за основу могут быть положены показатели регресса субьективной и обьективной клинической симптоматики, показатели параклинических и лабораторных исследований, а также степень восстановления трудоспособности [6]. Критерии эффективности реабилитации должны отвечать следующим требованиям: универсальность, унификация способов оценки реабилитации, возможность сравнения данных до и после реабилитации, возможность цифрового выражения оценок и их простота и доступность [7].

Материалы и методы: Объектом научного исследования послужили 187 пациентов в возрасте от 39 до 75 лет, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (код по МКБ-10 I63.0 – I63.9, I61.0-I61.9) и проходивших раннюю стационарную медицинскую реабилитацию в ГУ «Республиканская клиническая больница медицинской реабилитации».

В зависимости от степени выраженности неврологического дефицита и уровня реабилитационного потенциала (РП) пациенты были разделены на 4 клинические группы (КГр):

КГр1 – пациенты с легкими двигательными и/или координаторными, речевыми нарушениями, имеющие возможность полного восстановления утраченных функций или их компенсацию и высокий уровень РП.

КГр2 – пациенты с умеренными двигательными и/или координаторными, речевыми нарушениям, и возможностью частичной обратимости функциональных нарушений (до ФК1-ФК2) и средний уровень РП.

КГр3 – пациенты с выраженными двигательными и/или координаторными, речевыми нарушениями, что позволяет рассчитывать на сохранение имеющихся нарушений до уровня ФК 3 или при более тяжелых нарушениях возможность компенсации патологии доступными средствами до этого уровня и низкий уровень РП.

КГр4 – пациенты с резко выраженными двигательными и/или координаторными, речевыми нарушениям и, как следствие, прогнозируемой невозможностью адаптации к труду, нуждаемостью в посторонней помощи и уходе и соответственно крайне низком РП.

В КГр1 было включено 77 пациентов, средний возраст 54,9 (95% ДИ 53,5 – 56,4) года. КГр2 составила 46 человек, средний возраст 55,8 (95% ДИ

53,1 – 58,6) года. При формировании КГр3 в нее отнесено 32 пациента, средний возраст 57,2 (95% ДИ 54,6-59,9) лет. Самые тяжелые пациенты были отнесены в КГр4 (32 чел), средний возраст 59,4 (95% ДИ 56,2 –62,5) года.

За основу оценки достигнутого результата реабилитации мы брали тяжесть перенесенного инсульта и изначальную оценку (при поступлении) его последствий в функциональных классах (ОФК) и значение общий функциональный класс (ОФК) в сравнении с конечной оценкой (при выписке) этих же показателей.

Общий функциональный класс (ОФК), который отражает степень нарушения функций в совокупности у данного пациента [8,9], может быть рассчитан по формуле 1:

$$ОФК = \log_p (1+\sum_i (p^{ФКi}-1)) \quad (1)$$

где ОФК – общий функциональный класс;

$ФК_i$ - степень выраженности нарушения в соответствии с ФК;

p – коэффициент функционального отягощения (p=10). Он указывает на то, что при наличии сочетания нарушений по одному ФК степень тяжести нарушений приближается к более высокому ФК.

Таким образом, предлагаемый показатель ОФК отражает комплексный уровень нарушений по ФК.

Нами определены диапазоны числовых значений для показателя ОФК, высчитанных экспериментально с учетом наличия и степени выраженности имеющихся нарушений: чем выше показатель ОФК, тем ниже уровень РП и наоборот. Значения показателей ОФК для уровней РП (высокий, средний, низкий и крайне низкий) представлены в табл. 1.

Таблица 1. – Уровень РП в зависимости от числовых значений ОФК

Уровень РП	Значение ОФК
Высокий	[1,0 – 2,0)
Средний	[2,0 – 3,0)
Низкий	[3,0 – 4,0)
Крайне низкий	[4,0 – 5,0)

Оценка состояния нарушенных функций оценивалась согласно общепринятому понятию ФК (функциональный класс) и предложенному нами показателю ОФК (общий функциональный класс) до реабилитации и по завершению курса реабилитации, а затем оценив Δ (дельта) ОФК (разницу показателей) в абсолютных числах (абсолютное улучшение) и в процентах (относительное улучшение) провели расчет динамики восстановления нарушенных функций в КГр.

ОФК при поступлении - ОФК при выписке= Δ ОФК

А также при проведении мероприятий медицинской реабилитации в раннем восстановительном периоде, мы ориентировались на достижение

промежуточных целей и возможность достижения конечных целей у каждой группы реабилитантов.

Результаты: В большинстве случаев значение ОФК при поступлении было больше, чем значение ОФК при выписке (т.е. происходил регресс неврологического дефицита) и мы могли судить о положительной эффективности мероприятий реабилитации, но при этом мы еще учитывали переход в «лучший класс» (ФК1—ФК0; ФК2—ФК1; ФК3—ФК2; ФК4—ФК3) или же это положительная динамика в пределах ФК. Если же значение ОФК при поступлении = значению ОФК при выписке, тогда состояние расценивали как без перемен по степени регресса нарушений, но добивались положительной адаптации к заболеванию, положительной динамике освоения навыков передвижения, самообслуживания, общения и др. и возможности мотивации на дальнейшее восстановление.

При оценке эффективности использовалась следующая градация результатов медицинской реабилитации: очень хороший результат – регресс нарушений на 2 ФК; хороший результат – регресс нарушений на 1 ФК; удовлетворительный результат – регресс нарушений внутри ФК

Анализ данных результатов реабилитации в КГр1 позволяет оценить эффективность проведенных мероприятий у данной категории пациентов как «хорошие», т.к. показатель динамики ОФК в абсолютных значениях составил (Ме пост- Ме вып) - 0,908. При этом число пациентов, перешедших в ФК – 0 (т.е. полностью восстановление нарушенных функций) 41 человек, что составило 53 % от общего числа (большая половина) пациентов этой группы.

В КГр2 отмечалась также положительная динамика восстановления неврологического дефицита, что отразилось в следующих показателях: динамика ОФК в абсолютных числах – 0,723. В этой группе более значимую положительную динамику имело место восстановление пациентов в плане перехода в «лучший класс», т.е. с менее выраженным неврологическим дефицитом – 42 (91 %) пациента и у 1 (2%) пациента улучшение на 2 ФК (очень хороший результат), что позволило добиться полного восстановления неврологического дефицита даже за один курс реабилитации.

Эффективность проведенных мероприятий реабилитации достигнут и у пациентов КГр3. Удовлетворительный результат подтверждается и динамикой ОФК в абсолютных числах – 0,294. При этом число пациентов, перешедших в более «лучший класс» – 12 (37,5%) человек, но при этом у 11 (34%) – улучшение на 1ФК, а у 1 (3%) – улучшение на 2 ФК, что позволяет расценить это как очень хороший результат.

При резко выраженных нарушениях (ФК–4), это пациенты, включенные в КГр4, получены менее значимые результаты эффективности медицинской реабилитации. Динамика ОФК в абсолютных числах – 0,125.

У 12 (38%) пациентов этой группы удалось добиться регресса нарушений до ФК – 3 (улучшение на 1 ФК) и перехода в «лучший класс».

Динамика восстановления с учетом улучшения по ФК в исследованных нами КГр представлена в табл. 2.

Таблица 2 – Эффективность медицинской реабилитации с учетом ФК у пациентов КГр

Клинические группы	Динамика восстановления							
	улучшение в пределах ФК		улучшение на 1 ФК		улучшение на 2 ФК		без перемен	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
КГр 1(n=77)	17	22	41	53	0		19	25
КГр 2(n=46)	1	2	42	91	1	2	2	4
КГр 3(n=32)	13	41	11	34	1	3	7	22
КГр 4(n=32)	6	19	12	38	0	0	14	44
Всего(n=187)	37	20	106	57	2	1	42	22

Динамика улучшения по группам (КГр1 - КГр4) с учетом динамики показателя ОФК с оценкой при поступлении и выписке представлена в табл. 3.

Таблица 3. – Динамика значений ОФК в КГр

Клинические группы	ОФК при поступлении			ОФК при выписке			Достоверность различий
	min	max	Me(LQ-UQ)	min	max	Me(LQ-UQ)	
КГр1	1,000	1,740	1,447 (1,000-1,568)	0,000	1,662	0,539 (0,000-1,000)	T-00 Z-6,566 p-0,000
КГр2	2,000	4,005	2,230 (2,037-2,354)	1,000	2,336	1,507 (1,000-1,567)	T-00 Z-6,776 p-0,000
КГр3	3,015	3,612	3,342 (3,066-3,490)	1,278	3,612	3,048 (2,493-3,323)	T-00 Z-4,285 p-0,000018
КГр4	4,004	4,492	4,333 (4,066-4,491)	3,007	4,492	4,208 (3,333-4,343)	T-00 Z-3,823 p-0,000132

Таким образом, при сравнении групп по критерию Уилкоксона во всех КГр достигнут значимый эффект реабилитационных мероприятий ($p < 0,05$).

Заключение: Предложенные критерии оценки эффективности медицинской реабилитации и введение показателя ОФК позволяют ориентироваться на достижение определенного клинического и социально-

бытового эффекта в зависимости от тяжести имеющихся инвалидизирующих последствий мозгового инсульта у конкретного пациента с объективизацией данных восстановления нарушенных функций (особенно в пределах одного ФК), что в конечном итоге с практической точки зрения может повысить эффективность оказания медицинской помощи этой категории пациентов.

Список литературы:

1. Диагностика и лечение инсульта : рекомендации / Респ. науч.-практ. центр неврологии и нейрохирургии ; сост. [С. А. Лихачев и др.]. – Минск : [б. и.], 2008. – 70 с.
2. Епифанов, В. А. Реабилитация больных, перенесших инсульт / В. А. Епифанов. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2013. – 242 с.
3. Comparing ischaemic stroke in six European countries. The EuroHOPE register study / A. Malmivaara [et al.] // Eur. J. of Neurol. – 2015. – Vol. 22, № 2. – P. 284–291.
4. Stroke care in Central Eastern Europe: current problems and call for action / L. Lenti [et al.] // Int. J. of Stroke. – 2013. – Vol. 8, № 5. – P. 365–371.
5. Auckland Stroke Outcome Study. Part 1: Gender, stroke types, ethnicity, and functional outcomes 5 years poststroke / V. L. Feigin [et al.] // Neurology. – 2010. – Vol. 75, № 18. – P. 1597–1607.
6. Мирджураев, Э. М. Критерии оценки эффективности реабилитации постинсультных больных / Э. М. Мирджураев, А. Р. Сагатов // Неврология и нейрохирургия в Беларуси. – 2010. – № 3. – С. 143–147.
7. Пирогова, Л. А. Основы медицинской реабилитации и немедикаментозной терапии : учеб. пособие / Л. А. Пирогова. – Гродно : Гродн. гос. мед. ун-т, 2008. – 212 с.
8. Смычек, В. Б. Методика количественной оценки реабилитационного потенциала у пациентов с мозговым инсультом / В. Б. Смычек, Н. И. Васильченко // Здравоохранение. – 2012. – № 6. – С. 67–71.
9. Способ оценки реабилитационного потенциала: пат. 18905 Респ. Беларусь МПК A61B 10/00 / В. Б. Смычек, Н. И. Васильченко; дата публ.: 28.02.2015.

УДК 616 – 036.86 + 311.216

Шамшева Е.В., Снитко Н.Л., Ярков А.А.

СОВРЕМЕННАЯ МОДЕЛЬ ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ СОМАТИЧЕСКОГО И НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Омской области» Минтруда России, г. Омск

Shamsheva E.V., Snitko N.L., Yarkov A.A.

MODERN EXPERT- REHABILITATION DIAGNOSIS MODEL OF PERSISTENT MENTAL DYSFUNCTIONS IN SOMATIC AND NEUROLOGICAL PROFILE PATIENTS

FGI "GB MSE on the Omsk area" of Mintrud of Russia, the city of Omsk

Ключевые слова: медико-социальная экспертиза, экспертно-реабилитационная диагностика, нарушения психических функций, автоматизированная информационно-аналитическая система.

Key words: medico-social expertise, expert-rehabilitation diagnosis, mental dysfunctions, automated information-analytical system.

Аннотация. В статье подводятся основные итоги многолетнего изучения контингента лиц с хроническими соматическими и неврологическими заболеваниями и стойкими нарушениями психических функций, освидетельствованных в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) общего профиля. Описаны практические результаты разработки единых критериев, модели и автоматизированной информационно-аналитической системы для экспертно-реабилитационной диагностики стойких нарушений психических функций у таких пациентов.

Abstract. The article presents the main results of a multi-year study of the contingent of people with chronic physical and neurological disorders and persistent mental dysfunctions, surveyed in bureau medico-social expertise (MSE) of overall profile. We describe the practical results of the development of uniform criteria, model and automated information-analytical system for the expert-rehabilitation diagnostics persistent mental dysfunctions in such patients.

Введение. Стойкие нарушения психических функций являются одним из факторов, оказывающих прямое влияние на установление группы инвалидности при освидетельствовании лиц с хроническими соматическими и неврологическими заболеваниями в бюро медико-социальной экспертизы общего профиля (приказ Минтруда России от 17.12.2015 г. № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» [4]). Как отмечают Д.И. Лаврова и соавт., «***многогранность трактовок и субъективизация оценок степени выраженности симптоматических проявлений нарушений психики рождает «разноголосицу»,*** недопустимую в такой области доказательной медицины, как медико-социальная экспертиза и требует единых подходов к оценке функциональных нарушений» [3].

В период с 2012 по 2015 гг. на базе ФКУ «Главное бюро МСЭ по Омской области» Минтруда России было проведено исследование по

изучению контингента лиц с хроническими соматическими и неврологическими заболеваниями и стойкими нарушениями психических функций [1,2,5].

Цель исследования: провести разработку и научное обоснование современной модели экспертно-реабилитационной диагностики стойких нарушений психических функций у лиц с хроническими соматическими и неврологическими заболеваниями.

Объем исследования.

1. Изучение контингента лиц с хроническими соматическими и неврологическими заболеваниями и стойкими нарушениями психических функций: 138148 лиц.
2. Изучение закономерностей установления инвалидности и особенностей экспертно-реабилитационной диагностики нарушений психических функций у лиц с хроническими соматическими и неврологическими заболеваниями при проведении медико-социальной экспертизы в бюро общего профиля: акт и протокол МСЭ, форма направления на МСЭ - 3808 единиц, выписки из амбулаторных и стационарных карт медицинских организаций – 3145 единиц, иные документы, прилагаемые к делу МСЭ – 8456 единиц.
3. Концептуальное моделирование: на основании данных медико-социальных экспертиз 24173 (первая часть модели) и 242 (вторая часть модели) лиц.
4. Организационный эксперимент: применение результатов исследования (диагностической модели и автоматизированной информационно-аналитической системы) в 1499 медико-социальных экспертизах.

Основные результаты.

1. Комплексное изучение контингента лиц с хроническими соматическими и неврологическими заболеваниями и стойкими нарушениями психических функций показало, что психические нарушения (значимого для экспертной оценки уровня) наблюдались у 13,5 % освидетельствованных в бюро МСЭ общего профиля лиц. В частности, указанные нарушения отмечались 70,5 % лиц с инфекционными и паразитарными болезнями (преимущественно нейробруцеллез) у 47,0 % лиц с болезнями нервной системы (специфические заболевания ЦНС, неспецифические энцефалопатии смешанного генеза), у 27,9% лиц с болезнями системы кровообращения (преимущественно – цереброваскулярная патология), у 17,9 % лиц с последствиями травм и отравлений (преимущественно - ЧМТ). Изученный контингент имел статистически значимые особенности, учет которых позволил в дальнейшем исследовании разработать и научно обосновать скрининговую (прогностическую) модель экспертно-реабилитационной диагностики, позволяющую на основании основных медико-социальных характеристик освидетельствуемого лица предположить наличие или отсутствие у него стойких нарушений психических функций, требующих точной экспертной

квалификации.

2. У абсолютного большинства лиц в изученном контингенте наблюдались различные варианты и степени выраженности психоорганического синдрома (ПОС - у 98%, различные варианты синдрома деменции – у 2% лиц), а также спектр иных психопатологических синдромов непсихотического (аффективные расстройства - 26,7%, неврозоподобные и психопатоподобные расстройства - 33,7±1,9%), субпсихотического (сенесто-ипохондрический, паранойяльный синдромы - 1,7±0,2%) и психотического (истинный галлюциноз, делириозные расстройства – 2%) уровней. При этом в 100% случаев наблюдения ПОС у данных пациентов был патогенетически связан с основным соматическим или неврологическим заболеванием и являлся ведущей причиной формирования стойких нарушений психических функций значимого для экспертной оценки уровня. Изучение особенностей клиники, диагностики и экспертной оценки проявлений ПОС у лиц в изученном контингенте позволило в дальнейшем исследовании разработать и научно обосновать точную классификационно-диагностическую модель стойких нарушений психических функций, основанную на анализе отношений между 4 группами фактически наблюдаемых клинико-экспертных симптомов, входящих в его структуру: мнестических, эмоционально-волевых нарушений, снижения интеллектуальных возможностей и критико-прогностических способностей.

3. Исследование показало, что при экспертно-реабилитационной диагностике стойких нарушений психических функций в бюро общего профиля врачи-эксперты не опирались на параклинические данные, в меньшей степени опирались на клинические данные, выявленные при обследовании освидетельствованного лица в бюро, и в большей степени основывали свои выводы на заключениях специалистов медицинских организаций психиатрического профиля. При этом в 14,9 % случаев наблюдения диагностированная в бюро степень выраженности нарушений психических функций являлась ключевым фактором, на основании которого было вынесено решение об установлении той или иной группы инвалидности. Анализ актуальных исследований по проблеме экспертно-реабилитационной диагностики стойких нарушений психических функций у лиц с хроническими соматическими и неврологическими заболеваниями показал, что единые критерии клинико-функциональной диагностики и экспертной оценки данных нарушений при проведении медико-социальной экспертизы в настоящее время отсутствуют.

4. В ходе исследования была разработана современная двухуровневая модель экспертно-реабилитационной диагностики стойких нарушений психических функций у лиц с хроническими соматическими и неврологическими заболеваниями, использование которой не требует от врача-эксперта специальной подготовки в области психиатрии и позволяет избежать направления пациента на обследование в медицинскую организацию психиатрического профиля. В основу модели были положены

результаты изучения статистических (диагнозы основного заболевания, гендерно-возрастные и некоторые другие характеристики пациентов) и клинико-экспертных (оценка в процентах по разработанным таблицам наблюдаемых мнестических, эмоционально-волевых, интеллектуальных, критико-прогностических нарушений) особенностей контингента лиц с хроническими соматическими и неврологическими заболеваниями. Разработанная с помощью методов дедуктивного машинного обучения модель на первом уровне позволяла устанавливать вероятность наличия у освидетельствуемого лица стойких нарушений психических функций в категориях «нарушения имеются (10-100%) или отсутствуют (0-9%)», на втором – квалифицировать их в экспертных категориях «имеются стойкие незначительные (10-30%), умеренные (40-60%), выраженные (70-80%) или значительно выраженные (90-100%) нарушения». На основе описанной модели была разработана автоматизированная информационно-аналитическая система (АИАС) «R_MSE».

5. Клинико-экспертные испытания АИАС «R_MSE» были проведены в 1499 медико-социальных экспертизах. Расхождения между итоговым решением бюро о выраженности стойких нарушений психических функций у освидетельствованных лиц и прогнозом программы составило 9,02±2,68% и 4,38±4,23% для скрининговой и классификационно-диагностической частей модели соответственно, что расценивалось как успешный результат испытаний.

Заключение. Проведенное исследование позволило разработать современную модель экспертно-реабилитационной диагностики стойких нарушений психических функций у освидетельствуемых лиц с заболеваниями соматического и неврологического профиля. Практическое применение модели позволяет минимизировать число направлений пациентов с хронической соматической и неврологической патологией и стойкими нарушениями психических функций в медицинские организации психиатрического профиля для квалификации указанных нарушений, а также позволяет сократить время обследования для пациента, повысить доступность и качество государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы.

Список литературы.

1. Запарий Н. С. Результаты изучения контингента освидетельствованных в бюро МСЭ общего профиля лиц с симптоматическими психическими нарушениями органического генеза / Н.С. Запарий, А.А. Ярков // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2015. – № 1. – С. 50-54.
2. Запарий Н. С. Результаты изучения закономерностей установления инвалидности у лиц с симптоматическими нарушениями психических функций органического генеза, освидетельствованных в бюро МСЭ

общего профиля / Н. С. Запарий, А. А. Ярков // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2015. – № 2. – С. 18-22.
3. Лаврова Д. И. Организационно-методическое обеспечение психологической экспертно-реабилитационной диагностики в учреждении МСЭ : метод. рук. / Д. И. Лаврова, Н. Б. Шабалина, Е. В. Морозова. – Москва : ФГБУ ФБМЭ, 2012. – 29 с.
4. О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы [Электронный ресурс] : приказ № 1024н от 17.12.2015 / Министерство труда и социальной защиты РФ. – Режим доступа: http://dislife.ru/laws/view/42699.
5. Ярков А. А. Результаты изучения особенностей клинико-экспертной диагностики нарушений психических функций в бюро МСЭ общего профиля / А. А. Ярков // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2015. – № 3. – С. 26-31.

УДК 616-036.86+342.72/.73

Ломоносова О.В.[1,2] Попова Н.В.[1], Самсоненко О.О.[1]

ОСОБЕННОСТИ РАЗРАБОТКИ И РЕАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСБНОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

[1]ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России, г. Санкт-Петербург, Россия
[2] ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Lomonosova O.V.[1,2], Popova N.V.[1], Samsonenko O.O.[1]

FEATURES OF THE DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION OF INDIVIDUAL PROGRAMS REHABILITATION OF THE DISABLED TRUDOSPOSOBNOSTI AGE AS A RESULT OF CEREBROVASCULAR DISEASE IN SAINT-PETERSBURG

[1] FSI "General Bureau of medical-social expertise of St. Petersburg" the Ministry of labor of Russia, Saint-Petersburg, Russia

[2] GBOU VPO "Northwestern state medical University n. a. I. I. Mechnikov" Saint-Petersburg, Russia

Цель работы. Изучение распространенности и структуры инвалидности вследствие ЦВБ трудоспособного населения Санкт-Петербурга по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы в период за 2015 г., изучение особенностей распределения ведущих нарушений функций и ограничений жизнедеятельности инвалидов трудоспособного возраста вследствие цереброваскулярных болезней, а также формирования и реализации индивидуальных программ реабилитации.

Материалы и методы. Данные формы государственной статистической отчетности (формы 7-собес) о результатах первичного и повторного освидетельствования граждан трудоспособного возраста в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) Санкт-Петербурга. Также проведено выборочное исследование экспертной документации (актов и протоколов медико-социальной экспертизы) бюро МСЭ Санкт-Петербурга с использованием единой автоматизированной вертикально-интегрированной информационной системы по проведению медико-социальной экспертизы граждан Санкт-Петербурга. Методы исследования: ретроспективный анализ, сравнительно-сопоставительный синтез; выкопировка данных, экспертных оценок, аналитический, статистический. Рассчитывались показатели уровня инвалидности на 10 000 населения и структура общей инвалидности в зависимости от групп инвалидности. Проведен анализ показателей общей инвалидности вследствие ЦВБ за 2015 г., анализ основных инвалидизирующих синдромов в структуре ЦВБ, основных видов нарушения функций организма, ограничений жизнедеятельности, рекомендованных реабилитационных мероприятий с оценкой их эффективности в 2016г.

Результаты и обсуждение. Цереброваскулярные болезни (ЦВБ) до настоящего времени являются одной из актуальных медико-социальных проблем. Церебральный инсульт и его последствия, прогрессирующая дисциркуляторная энцефалопатия являются одними из ведущих причин инвалидности, как первичной, так и повторной. Удельный вес инвалидов вследствие ЦВБ в структуре общей инвалидности в Санкт-Петербурге за последние 3 года практически не изменился и составляет 14-15%. В структуре инвалидности при болезнях системы кровообращения (БСК) ЦВБ занимают второе место после ИБС.

Анализ инвалидности по возрасту показывает значительное преобладание лиц пенсионного возраста, трудоспособный возраст составляет 12-13%. Общее число впервые признанных инвалидами (ВПИ) лиц трудоспособного возраста вследствие ЦВБ в Санкт-Петербурге в динамике за 3 года уменьшилось на 13% и составило в 2015 году 1191человек; повторно признанных инвалидами (ППИ) уменьшилось на 8% и составило в 2015 году 2334человек. Уровень первичной инвалидности в Санкт-Петербурге при ЦВБ на 10 тысяч взрослого населения снизился с 9,0 в 2013году до 7,6 в 2015году,

что ниже показателя по РФ (8,5); в трудоспособном возрасте снизился соответственно с 4,0 до 3,9 (на уровне показателя по РФ).

Среди лиц ВПИ трудоспособного возраста вследствие ЦВБ удельный вес инвалидов 1 группы составлял в 2013 году – 12,7%, в 2015 году – 9,0%; инвалидов 2 группы в 2013 году – 33,2%, в 2015 году – 32,5%; инвалидов 3 группы в 2013 году – 54,1%, в 2015 году – 58,5%. Среди ППИ трудоспособного возраста вследствие ЦВБ удельный вес инвалидов 1 группы возрос по сравнению с 2013 годом с 8,3% до 9,5%; инвалидов 2 группы - снизился с 41,7% до 40,5%; инвалидов 3 группы остался прежним -50,0

Всего вследствие ЦВБ в 2015г. признано инвалидами 3494 граждан трудоспособного возраста Санкт-Петербурга. Интенсивный показатель первичного выхода на инвалидность вследствие ЦВБ -19,5. При этом, количество граждан трудоспособного возраста впервые признанных инвалидами вследствие ЦВБ составило 1193 (34%). Подавляющее большинство, а именно 70% из них мужчины, и лишь 30 % - женщины.

Анализ структуры инвалидности по группам данного контингента показал, что инвалиды I группы составили 9 %; II группы – 32 %; III группы – 59 %. При этом, из числа граждан трудоспособного возраста, направленных на медико-социальную экспертизу 16,2 % -инвалидами не признано.

Вместе с тем, в структуре цереброваскулярных болезней у граждан трудоспособного возраста преобладают последствия острых нарушений мозгового кровообращения.

Проведённый анализ основных видов инвалидизирующих нарушений функций организма граждан трудоспособного возраста выявил преобладание нарушений нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций (69,4); нарушения психических функций составили 5,9%, языковых и речевых 3,4%; сенсорных – 1,7%.

При этом, в структуре статодинамических нарушений преобладали умеренные нарушения (57,8%), выраженные (31,9%), значительно-выраженные (10,3%).

У инвалидов трудоспособного возраста вследствие цереброваскулярной патологии ведущим ограничением основных видов жизнедеятельности являлось ограничение способности к трудовой деятельности (99,3%), к самостоятельному передвижению (95,6%), к самообслуживанию (95,4%), к общению (10,7%).

Всем гражданам трудоспособного возраста, признанным инвалидами вследствие цереброваскулярной патологии были разработаны индивидуальные программы реабилитации.

Анализ рекомендаций по проведению реабилитационных мероприятий показал, что ведущей потребностью у данной категории являлась потребность в мероприятиях по медицинской реабилитации (100%). При этом, нуждаемость в восстановительной терапии была определена 100% инвалидам, а вот рекомендации о нуждаемости в реконструктивной хирургии были даны лишь 0,7% граждан трудоспособного возраста, в основном из

числа признанных инвалидами вследствие геморрагических осложнений ЦВБ.

Рекомендации по социальной реабилитации, включая обеспечение техническими средствами реабилитации составили 87,5%. Мероприятия по профессиональной реабилитации были рекомендованы в 81% случаев.

В рамках данного исследования проверены результаты выполнения ИПР **у 200 человек молодого** трудоспособного возраста (до 44 лет) с ЦВБ, признанных инвалидами в 2015 году, из них 6 человек были признаны инвалидами 1 группы, 86 человек – инвалидами 2 группы, 108 человек – инвалидами 3 группы.

Всем указанным гражданам было выдано заключение о нуждаемости в медицинской реабилитации - 100%; нуждаемость в мерах профессиональной реабилитации - в 96%; нуждаемость в социальной реабилитации в 100%; нуждаемость в тех или иных ТСР – 100%.

При анализе выданных заключений в бюро МСЭ о выполнении ИПР при переосвидетельствовании данной группы в 2016 году ИПР выполнена – у 90% инвалидов, в том числе меры:

- медицинской реабилитации выполнены в 90% случаев;
- профессиональной реабилитации в 30%;
- социальной реабилитации в 40%; ТСР выданы в 80% случаев.

В итоге: положительные результаты реабилитации отмечены у 196 человек (98%), из них:

- восстановлены нарушенные функции полностью - у 6 человек (3%);
- восстановлены нарушенные функции частично – 157 человек (78%);
- получена новая профессия – 1 человек (0,5%);
- подобрано подходящее рабочее место – 24 человекам (12%);
- создано необходимые условия для трудовой деятельности инвалида – 25 человек (12,5%);
- восстановлена способность к самообслуживанию частично - 75 человек (37,5%);
- восстановлена способность к самообслуживанию полностью – 28 человек (14%);
- восстановлен социально-трудовой статус частично – 114человек (57%);
- восстановлен социально-трудовой статус полностью – 6 человек (3%).

В результате проведенной комплексной реабилитации 200 инвалидам молодого трудоспособного возраста (до 44 лет) с ЦВБ: не признаны инвалидами в 2016 году 6 человек, таким образом полная реабилитация составила 3%; частично реабилитированы (переведены со 2 на 3 группу инвалидности) – 28 человек (14%)

Выводы. Проведённое исследование распределения и структуры инвалидности у лиц трудоспособного возраста вследствие ЦВБ в Санкт-Петербурге в 2005г. выявило следующие особенности:

1. Преобладание распространённости инвалидности в данной категории у мужчин.

2. В структуре инвалидности вследствие ЦВБ у лиц трудоспособного возраста превалируют инвалиды III группы с умеренными нарушениями статодинамических функций организма.

3. Основными инвалидизирующими состояниями у граждан трудоспособного возраста в структуре ЦВБ являются последствия острых нарушений мозгового кровообращения.

4. Учитывая относительно высокий реабилитационный потенциал у лиц с инвалидностью вследствие цереброваскулярной патологии трудоспособного возраста по сравнению с аналогичной категорией граждан в пенсионном возрасте, формирование индивидуальных программ реабилитации должно осуществляться с учетом клинико-функционального диагноза, периода заболевания, исходя из имеющихся нарушений функций и ограничений жизнедеятельности, носить комплексный характер и направленность на максимальное восстановление нарушенных функций и способностей гражданина осуществлять профессиональную деятельность.

УДК 616-036.868-616.379-008.64

Смычек В.Б., Львова Н.Л.

РЕАЛИЗАЦИЯ КОНЦЕПЦИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

“Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации” Республика Беларусь, пос. Городище

Smychek V. B. Lvova N.L.

«National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation», Belarus, Gorodische

Ключевые слова: медицинская реабилитация, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, оценка, реабилитация, реализация, факторы окружающей среды, функции организма, реабилитационный прогноз, реабилитационный потенциал, сахарный диабет.

Key words: medical rehabilitation, International Classification on Functioning, Disability and Health, assessment, rehabilitation, implementation, environmental factors, body function, rehabilitation prognosis, rehabilitation potential, Diabetes Mellitus.

Аннотация. Целью исследования была разработка критериев реабилитационного прогноза и реабилитационного потенциала для пациентов с сахарным диабетом 2 типа с позиций МКФ. Реализация концепций МКФ в медицинской реабилитации пациентов с СД 2 типа подразумевала оценку уровня функционирования пациента. Определение реабилитационного потенциала с позиций МКФ учитывало способность индивида восстановить нарушенные функции и структуры организма, а также возможность снизить затруднения в осуществлении активности и участия в условиях реально окружающей его среды. Реабилитационный прогноз являлся конкретным выражением реально достижимой цели реабилитации.

Abstract. The aim of the study was to develop a rehabilitation prognosis criteria and rehabilitation potential for patients with Diabetes Mellitus using the ICF. Implementation of ICF concepts in medical rehabilitation of patients with Diabetes Mellitus involves evaluating the patient's level of functioning. The determination of Rehabilitation potential took into account an individual's ability to restore the impaired functions and body structures. Rehabilitation prognosis is a concrete expression of the achievable rehabilitation goal.

Медицинская реабилитация (МР) - комплекс медицинских услуг, направленных на восстановление нормальной жизнедеятельности организма пациента и компенсацию его функциональных возможностей, нарушенных в результате заболевания. В основе методологии постановки целей и задач МР для конкретного пациента лежит Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). [1, 2].

Цель исследования: Разработать критерии реабилитационного прогноза и реабилитационного потенциала для пациентов с сахарным диабетом 2 типа с позиций МКФ.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач в исследование было включено 147 пациентов, страдающих СД 2 типа. Клинико-диагностическое обследование проводилось согласно алгоритму экспертно-реабилитационной диагностики и предусматривало объективную оценку состояния пациентов с динамическим комплексным исследованием клинического, клинико-функционального, психологического состояния (статуса), проведение профессиографических исследований с помощью традиционных методик и тестов. Среди обследованных лиц было 73 (49,6±4,1%) мужчины и 74 (50,4±4,1%) женщины. Средний возраст обследованного контингента составил 55,0±0,64 лет. На момент обследования являлись инвалидами 99(67,3±3,9%) пациентов. Средняя продолжительность заболевания СД 2 типа составила 7,1±0,6 лет.

Результаты исследования. На этапе оценки индивидуального функционирования пациента проводилась оценка нарушений структур и функций организма, вовлеченных в патологический процесс, активности и

возможности участия, а также факторов окружающей среды с помощью стандартизированного набора кодов МКФ. Стандартизованный набор для оценки функционирования пациента с СД 2 типа включает коды, отображённые в таблице 1 в графе «Набор кодов МКФ для оценки функционирования пациентов с СД 2 типа». Общее число доменов доступных в полной версии классификации составляет 1424 кода. Мы знаем, что оценка всех доменов абсолютно неприемлема для всех пациентов. Поэтому первым этапом исследования стала разработка краткого комплекта доменов, характеризующих профиль функционирования у пациентов с СД 2 типа. За основу для разработки краткого комплекта доменов, характеризующих уровень функционирования пациентов с СД 2 типа, мы воспользовались набором, разработанным ранее экспертами ВОЗ, дополнив и адаптировав его. В целом наборы МКФ - результат совместного проекта филиала ICF исследований, Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Международного общества физической медицины и реабилитации (ISPRM), ведущих институтов и учреждений-партнеров по всему миру[3]. Также мы использовали набор доменов предложенный экспертами по методу экспертных оценок Дельфи в 2004 г. [4], разработанный Мюнхенским Департаментом физической медицины и восстановления.

Таблица 1 - Оценочный дисплей МКФ

Набор кодов МКФ для оценки функционирования пациентов с СД 2 типа		**Профиль функционирования пациента**					
		определители доменов «функции организма» до МР					
			0	**1**	**2**	**3**	**4**
Нарушения функций							
b210	функции зрения						
b270	сенсорные функций						
b410	функции сердца						
b4150	функции артерий						
b420	функции артериального давления						
b5401	функции углеводного обмена						
b5408	метаболические функции						
b530	функции сохранения веса						
b610	функции мочеобразования						
Активность и участие		**определители доменов «активность и участие»**					
d450	ходьба						
d520	уход за частями тела						
d570	забота о своём здоровье						
d630	приготовление пищи						

d640	выполнение работы по дому								
d850	оплачиваемая работа								
Контекстовые факторы		**определители факторов окружающей среды**							
		+4	**+3**	**+2**	**+1**	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
e110	продукты, вещества и технологии для личного потребления									
	изделия и технологии для персонального передвижения									
e590	службы труда и занятости									

После проведения реабилитационной диагностики для каждого кода устанавливался определитель (0/1/2/3/4), характеризующий степень выраженности нарушений или ограничений в домене, согласно единой шкале оценки МКФ.

ххх.0 - нет проблем (0-4%)

ххх.1 - лёгкие проблемы (5-24%)

ххх.2 - умеренные проблемы (25-49%)

ххх.3 - тяжелые проблемы (50-95%)

ххх.4 - абсолютные проблемы (96-100%).

Например: У пациента Н. были диагностированы тяжёлые нарушения углеводного обмена. Это может быть закодировано как.

b 5401.3 - тяжёлые нарушения функции углеводного обмена

Результаты оценки (определители для каждого домена) заносились в соответствующие графы оценочного дисплея «определители доменов» (таблица 1) и представляют «профиль функционирования пациента».

По результатам заполнения оценочного листа МКФ определяется уровень функционирования пациента по следующей шкале:

- если в домене определитель 1 - высокий уровень функционирования (лёгкие проблемы в функционировании 5-24%);

- определитель 2 - средний уровень функционирования (умеренные проблемы в функционировании 25-49%);

- определитель 3 - низкий уровень функционирования (тяжелые проблемы в функционировании 50-95%);

- определитель 4 - крайне низкий уровень функционирования (абсолютные проблемы в функционировании (96-100%).

Для оценки проблем и потребностей реабилитанта и обеспечения эффективного процесса реабилитации каждому пациенту определяется реабилитационный потенциал (РП). РП с позиций МКФ учитывает способность индивида восстановить нарушенные функции и структуры организма, а также снизить затруднения в осуществлении активности и участия в условиях реально окружающей его среды. Реабилитационный прогноз (РПр) является конкретным выражением реально достижимой цели реабилитации: потенциала восстановления и компенсации нарушенных

функций. В нашей работе мы строили РПр на основе РП, с учётом степени вспомогательного влияния факторов окружающей среды.

Нами разработаны следующие критерии определения РП у пациентов с СД 2 типа.

У пациентов с СД 2 типа высокий РП и благоприятный прогноз определяется при полной обратимости или компенсируемости функциональных нарушений; при наличии положительной установки пациента на проведение реабилитации; при возможности компенсации патологии; если облегчающие факторы окружающей среды могут полностью обратить или компенсировать ограничения жизнедеятельности (до лёгких и/или ничтожных проблем в функционировании 0-24%), а именно:

1) высокий уровень функционирования определяется при отсутствии ограничений жизнедеятельности или при наличии лёгких нарушений функций организма и лёгких ограничений активности и возможности участия в одном или нескольких доменах: d450.1 (ходьба), d520.1 (уход за частями тела), d570.1 (забота о своём здоровье), d630.1 (приготовление пищи), d640.1 (выполнение работы по дому), d850.1 (оплачиваемая работа); b210.1 (зрение и связанные с ним функции), b270.1 (дополнительные сенсорные функции), b410.1 (функция сердца), b4150.1 (функции артерий), b610.1 (функции мочеобразования).

- при отсутствии сопутствующих заболеваний, отягощающих течение основного, утяжеляющих степень выраженности основного заболевания;

2) при наличии следующих психологических факторов:

- адаптивная психологическая реакция;

- положительная установка на труд;

3) при наличии следующих социальных факторов:

- легкие трудности в выполнении оплачиваемой работы в обычных условиях труда при незначительном снижении квалификации; способность выполнения неквалифицированного физического труда с незначительным уменьшением объема выполняемой работы.

Средний РП и относительно благоприятный прогноз определяется при полной обратимости функциональных нарушений, при низкой мотивации больного на выздоровление и труд, но при возможности ее психологической коррекции. Средний РП больного определяется, если облегчающие факторы окружающей среды обращают ограничения жизнедеятельности до умеренного уровня (до средних проблем в функционировании 25-49%), а именно:

1) средний уровень функционирования определяется при наличии умеренных нарушений функций организма и умеренных ограничениях активности и возможности участия в одном или нескольких доменах: d450.2 (ходьба), d520.2 (уход за частями тела), d570.2 (забота о своём здоровье), d630.2 (приготовление пищи), d640.2 (выполнение работы по дому), d 850.2 (оплачиваемая работа); b210.2 (зрение и связанные с ним функции), b270.2 (дополнительные сенсорные функции), b410.2 (функция сердца), b4150.2

(функции артерий), b610.2 (функции мочеобразования). А также при наличии трех и более лёгких ограничений активности и возможности участия в доменах d450.1 (ходьба), d520.1 (уход за частями тела), d570.1 (забота о своём здоровье), d630.1 (приготовление пищи), d640.1 (выполнение работы по дому).

- при сопутствующей патологии, формирующей синдром взаимного отягощения легкой и средней степени тяжести;

2) при наличии следующих психологических факторов:

- адаптивная психологическая реакция,
- положительная установка на труд или возможность ее коррекции;

3) при наличии следующих социальных факторов:

- умеренные трудности в выполнении оплачиваемой работы в обычных условиях труда при снижении квалификации; способность выполнения неквалифицированного физического труда с уменьшением объема выполняемой работы; неспособность продолжать работу по основной профессии (должности) при сохранении возможности выполнять трудовую деятельность по профессии (должности) более низкой квалификации; сокращение продолжительности рабочего времени (неполный рабочий день, неполная рабочая неделя).

У пациентов с СД 2 типа низкий РП и относительно неблагоприятный прогноз определяется, при обратимости нарушений до выраженного уровня (до тяжёлых проблем в функционировании 50-95%), при высокой мотивации на выздоровление и труд, либо обратимость нарушений до умеренного уровня при низкой мотивации на реабилитацию с возможностью психокоррекции, а также, если облегчающие факторы окружающей среды обращали ограничения жизнедеятельности до выраженного уровня, а именно:

1) низкий уровень функционирования при наличии тяжёлых нарушений функций организма и выраженных ограничениях активности и возможности участия в одном или нескольких доменах: d450.3 (ходьба), d520.3 (уход за частями тела), d570.3 (забота о своём здоровье), d630.3 (приготовление пищи), d640.3 (выполнение работы по дому), d850.3 или d850.4 (оплачиваемая работа); b210.3 (зрение и связанные с ним функции), b270.3 (дополнительные сенсорные функции), b410.3 (функция сердца), b4150.3 (функции артерий), b610.3 (функции мочеобразования). А также при наличии трех и более умеренных ограничений активности и возможности участия в доменах d450.2 (ходьба), d520.2 (уход за частями тела), d570.2 (забота о своём здоровье), d630.2 (приготовление пищи), d640.2 (выполнение работы по дому).

- при сопутствующей патологии, формирующей выраженный синдром взаимного отягощения;

2) при наличии следующих психологических факторов:

- дезадаптивная или психопатологическая реакция,
- отрицательная установка на труд;

3) при наличии следующих социальных факторов:

- выраженные трудности в выполнении оплачиваемой работы, способность к выполнению трудовой деятельности в специальных условиях, с использованием технических и иных вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц или при выраженном ограничении объема выполняемых работ за счет выраженного сокращения рабочего времени.

РП отсутствовал и определялся абсолютно неблагоприятный прогноз, при невозможности адаптировать человека к труду, полном отсутствии мотивации на труд, при наличии сопутствующих заболеваний, степень выраженности которых полностью препятствует выполнению любой трудовой деятельности, а также при отсутствии облегчающих факторов внешней среды (у пациента наблюдались абсолютные проблемы в функционировании 96-100%). Крайне низкий уровень функционирования определяется при наличии абсолютных нарушений функций организма и абсолютных ограничениях активности и возможности участия в одном или нескольких доменах: d450.4 (ходьба), d520.4 (уход за частями тела), d570.4 (забота о своём здоровье), d630.4 (приготовление пищи), d640.4 (выполнение работы по дому), b210.4 (зрение и связанные с ним функции), b270.4 (дополнительные сенсорные функции), b410.4 (функция сердца), b4150.4 (функции артерий), b610.4 (функции мочеобразования). А также при наличии трех и более тяжёлых ограничений активности и возможности участия в доменах d450.3 (ходьба), d520.3 (уход за частями тела), d570.3 (забота о своём здоровье), d630.3 (приготовление пищи), d640.3 (выполнение работы по дому).

Предложенный нами способ определения РП и РПр позволит индивидуализировать проведение МР с позиций международных подходов и с учетом состояния здоровья и направленности влияния факторов социальной и физической окружающей среды; оптимизировать критерии реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза с позиций МКФ, даст дополнительную возможность с высокой степенью достоверности и объективности оценивать здоровье индивида и формировать программу реабилитации.

Список литературы

1. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Финальный проект. Полная версия / Всемирная организация здравоохранения.- Женева. - 2001 г.- 241с.
2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. / Всемирная организация здравоохранения.- Женева. - 2001 г.- 342 с.
3. Смычёк, В.Б. Современные аспекты инвалидности / В.Б. Смычёк.- Минск: БГАТУ, 2012. - 268с.

4. 4. Martin Weigl, Alarcos Cieza [et. all.] Identification of relevant ICF categories in patients with chronic health conditions a Delphi expertise / Weigl Martin, Cieza Alarcos [et. all.] . // Rehabil Med. - 2004. p. 44.

УДК 617. 57-77, 617. 58-77

Белянин О.Л., Гордиевская Е.О.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ (МКФ)

ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России,
Санкт-Петербург

Gordievskaya E.O., Belyanin O.L.

A COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF THE UPPER EXTREMITY PROSTHETIC RESULTS BY USING INTERNATIONAL CLASSIFICATION ON FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH (ICF)

St. Petersburg Scientific and Practical Center of Medical-Social Expertise, Prosthetics and Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: инвалид, верхние конечности, протезы, эффективность, комплексная оценка, МКФ.

Keywords: person with disabilities, upper extremity, prosthetics, efficiency, comprehensive assessment, ICF.

Аннотация. Оценка эффективности протезирования верхней конечности возможна только на основе комплексной многоэтапной процедуры диагностики качества изделия с участием различных специалистов, его коррекции, освоения и включения в жизнедеятельность инвалида. Наиболее результативным является подход с использованием МКФ как системообразующего фактора. Основным параметром оценки эффективности является возможность инвалида решать с помощью протеза максимальное число манипулятивных задач при минимуме затрат на управление и реализацию.

Abstract. The estimation to efficiency of the prosthesis to upper limb possible only on base complex multiphase procedure of the quality diagnostics with different specialist participation, corrections and vital utilization. The most efficient is an approach with use ICF as generated system factor. The finish

estimation parameter is a possibility of the maximum number manipulative tests decision with minimum expenseses on management and realization.

Проблема оценки эффективности протезирования верхней конечности (ВК) актуальна в силу увеличения разнообразия и повышения функциональности современных конструкций протезов. Заметим, что сложность конструкции и системы управления протезом при максимально полной его функциональности в различных сферах жизнедеятельности инвалида возрастает с повышением уровня ампутации. Это определяется усложнением механической конструкции протеза и противоречием между возрастанием сложности управления им параллельным уменьшением необходимого для этого числа естественных источников сигналов от мышц. Так, при вычленении ВК в плечевом суставе их уже почти нет, а использование имеющихся тормозится функциональным несоответствием оставшихся мышц двигательными задачам протеза.

Требования к протезно-ортопедическому изделию (ПОИ) и его конструкция определяются целевым назначением и разнообразием реализуемых функций, т.е. объёмом компенсации дефекта ВК (косметические, относительно простые тяговые, «кибер-руки» с биоэлектрическим управлением). Расширение функций ПОИ повышает требования к эффективности протезирования и к сложности её оценки. Эффективность - это компаративная оценка достигнутого результата применения реабилитационных мер по сравнению с предыдущим или с нормативом. Показатели максимальной эффективности при комплексной оценке заранее определяются в референтной группе.

Однако в настоящее время внимание инвалидов и протезистов акцентируется на фрагментарных требованиях к протезу и на конкретных, утилитарных результатах протезирования. Игнорирование же мнений всех участников реабилитационного процесса снижает его эффективность, т.к. не дает разработать и осуществить стратегию совершенствования ПОИ и использовать весь потенциал инвалида.

Поэтому актуально создание общей схемы комплексной оценки результатов протезирования, учитывающей мнения и инвалидов и специалистов по реабилитации по референтным показателям на всех этапах «жизненного цикла» ПОИ. Это позволит определить пути совершенствования ПОИ от стадии проектирования до полной адаптации инвалида к среде жизнедеятельности с эффективным повседневным применением.

Схема включает также связь между всеми участниками процесса реабилитации для взаимообмена информацией на каждом этапе. Так, на этапах постановки задачи и разработки проекта необходима техническая и биомеханическая информация для конструирования ПОИ. При протезировании важен контроль соответствия ПОИ ВК инвалида. От реабилитологов - информация о работе ПОИ в реальных условиях по всем

задачам манипулирования. От инвалидов - насколько ПОИ функционально, комфортно и востребовано в бытовых ситуациях и в труде.

Схема позволит вписывать новые «инструменты» исследования специалистов, а также показатели и критерии оценки свойств ПОИ, как результат развития технологий и подходов к реабилитации (инженерных, медицинских, биомеханических, психологических, социологических). Она также выявляет трудности реабилитации при применении ПОИ и предлагает способы их ликвидации.

При создании подобной схемы, в качестве системообразующего фактора целесообразно использовать модель ВОЗ – МКФ [1]. МКФ принята на 54 Сессии Всемирной Ассамблеи Здравоохранения в 2001 г. В ней подробно отражены нарушения структур организма, его глобальные и специфические функции, активность при решении общих задач жизнедеятельности, при обучении и применении полученных знаний, участии в главных сферах жизни в сообществах, а также факторы окружающей среды, которые приводят к нарушениям и которые, наоборот, способствуют их ликвидации.

МКФ позволяет осуществлять комплексную многофакторную междисциплинарную оценку эффективности ПОИ в реабилитации и корректное сравнение данных, получаемых различными участниками процесса, центрами и странами. Она также позволяет выявлять пробелы в наборе оценочных показателей и сформулировать рекомендации для применения различных проверенных «инструментов» диагностики.

МКФ содержит рекомендации по шкалированию степеней выраженности нарушений с количественным представлением так, что отсутствие нарушений составит 0-4%; лёгкие – 5-24%; умеренные – 25-49%; тяжёлые – 50-95% и абсолютные с полной потерей структуры и-или функций – 100%. Такая шкала является производной от первичной по определению степени «нарушения» и создаётся для каждого домена («структуры, функции, активности, участия, фактора среды») отдельно своими специфическим методами. При этом частные методики оценки разрабатываются в ходе исследований. Широкий диапазон % значений дан для количественных измерений степени нарушений в градуированых оценках. При отсутствии или абсолютном нарушении ошибка допустима в пределах +5%. Умеренное нарушение составляет 50% от абсолютных нарушений.

Оценку ПОИ с использованием схемы МКФ следует производить на каждом этапе реабилитации для выяснения его соответствия поставленным целям и степени достижения ожидаемого результата. Основным принципом является применение различных методов и их сочетаний, актуальных в каждом конкретном случае при индивидуальном подходе к пациенту.

Так, применительно к ПОИ ВК в домене «Структуры» Раздел-7 «Структуры, связанные с движением» (s710-s799) раскрывается их подробный перечень, ориентирующий на антропометрическую и

биомеханическую схему исследований. Конкретные методики берутся из руководств по протезированию [2,3,4].

В домене «Функции организма» Рзаздел-2 – «Сенсорные функции и боль» дается перечень задач исследования зрения (b210); вестибулярной функции (b2350-2359); проприоцептивной (b260) и осязания (b265). Специально рассматривается наличие болевого синдрома в ВК (b28014). В Разделе-7 «Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции» даются задачи определения функций суставов, костей, мышц, пассивных и активных движений ВК (b710-7659). Базовыми биомеханическими свойствами ВК в кинематических парах являются: суставная подвижность; зона сервиса; маневренность, грузоподъёмность, точность и устойчивость движений, обеспечиваемые механическим состоянием ВК, ее конфигурацией (включая текущую), функциональным состоянием мышц и управления из ЦНС; производительность ПОИ как число эффективных малозатратных операций деятельности в единицу времени. Результаты протезирования могут быть оценены на основе показателей эффективности путем базовых измерений с применением биомеханических мер оценки, а также на основе внешнего наблюдения эксперта и результатов самоотчетов пациентов о качестве протезирования [5].

Домены «Активность и Участие» даны в одном перечне, охватывающем полный круг жизнедеятельности. Для составляющих «активность» и «участие» предложены два определителя – реализации (осуществление, претворение в жизнь) и потенциальной способности (капацитет, запас способности).

Первый показывает, что индивид делает в условиях реальной окружающей его среды, а так как реальная окружающая среда рассматривается в социальном контексте, реализация понимается как “вовлечение в жизненную ситуацию” инвалида с применением протеза. Этап итогового применения ПОИ инвалидом– «бытовое и трудовое применение». Второй - показывает способность индивида справляться с какой-либо задачей. Он отражает наиболее высокий уровень функционирования в данный момент. Потенциальная способность определяется в типичных или стандартных условиях и факторах окружающей среды.

Домен «Активность и участие» охватывает полный круг жизнедеятельности и содержит разделы (Р):

- Р-1 «Обучение и применение знаний» (d110-d1551) содержит «целенаправленное использование органов чувств» и «базисные навыки при обучении»; (d160-d179) – «применение знаний в решении проблем».
- Р-2 «Общие задачи и требования» (d210-d2309) как выполнение отдельных и многоплановых задач и специально – «преодоление стресса и кризисных ситуаций» (d240-d2409);
- Р-4 «Мобильность», включающий все движения ВК по перемещению и манипулированию объектами с преодолением препятствий и

управлению транспортом (d430-d449; d475-d4759), используя пальцы, кисть и всю руку.

- Р-5 «Самообслуживание», содержащий широкий спектр задач питания, одевания, личной гигиены, физического комфорта и др. (d510-d599).
- Р-6 «Бытовая жизнь», включающий повседневную бытовую деятельность с участием ВК (d630-d699) и оценкой функции протеза с точки зрения инвалида в собственных жизненных бытовых ситуациях.
- Р-7 «Межличностные взаимоотношения», включающие их формирование, развитие, регулирование и корректное завершение (d710-d799).
- Р-8 «Главные сферы жизни», включающий образование, работу и занятость (d810-d879).
- Р-9 «Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь», в которую входят общественная жизнь вне семьи, неформальные сообщества, спорт, искусство и культура, политическая жизнь (d910-d950).

Домен «Факторы окружающей среды», содержит факторы, которые делятся на физические и социально-психологические. Первые – прямого воздействия на инвалида и его ПОИ, вторые – опосредованного через психику и психомоторику. Они могут быть разделены также на способствующие деятельности инвалида и мешающие ему – «барьеры». Они должны рассматриваться раздельно с позиций реабилитируемого инвалида. Например, тротуар без бордюра – это облегчающий фактор для инвалида на коляске и «барьер» для слепого. Для «барьеров» уместен учёт частоты появления препятствия и её существенность. Важно также определить, что фактор является «барьером» из-за негативного отношения к инвалидам или потому, что просто отсутствует необходимая услуга.

В целом влияние факторов окружающей среды на жизнь инвалидов сложное и вариабельное и потребуются дальнейшие исследования, чтобы уяснить, насколько их перечень останется полным и стабильным при его использовании.

Р-1 – «Изделия и технологии». Он относится к естественной или искусственно созданной продукции, оборудованию и технологиям непосредственно окружающим индивида, которые собраны, созданы, произведены, или изготовлены человеком. Это специально произведенные и общедоступные изделия, инструменты, оборудование или технические системы, используемые лицами с ограничениями жизнедеятельности, предотвращающие, компенсирующие, контролирующие, облегчающие или нейтрализующие" их дефекты (e110-e1659).

Р-3 «Поддержка и взаимоотношения». Он пересекается с Р-9 предыдущего домена.

Р-4 «Установки». Этот раздел касается установок, являющихся результатом обычаев, правил, идеологии, ценностей, норм, религии и других убеждений. Установки влияют на индивидуальное поведение и социальную

жизнь на всех уровнях отношений, от межличностных и отношений в сообществе до политических, экономических и юридических. Установки классифицированы по отношению к кому-либо в определенном положении или ситуации, в частности, к инвалиду и могут стать его психологическим «барьером» для использования ПОИ. Индивидуальные установки распределены по категориям (e410-e465).

Р-5 «Службы, административные системы и политика». Он относится к службам, представляющим пользу, программам, действиям и услугам, которые могут быть общественными, частными или добровольными и устанавливаться на различных уровнях с целью удовлетворения потребностей индивидов. Административным системам и механизмам контроля, установленным властью для организации деятельности служб, реализации программ и деятельности инфраструктур в различных областях общественной жизни (e510-e5952). Р-5 законодательно регламентирует все права и возможности инвалида.

Результаты протезирования могут быть оценены на основе показателей эффективности путем базовых измерений с применением биомеханических мер оценки, а также на основе внешнего наблюдения эксперта и результатов самоотчетов пациентов о качестве протезирования [5].

Оценка эффективности протезирования верхней конечности может проводиться в двух случаях. Первый – оценка уже имеющегося и используемого инвалидом ПОИ и второй – оценка ПОИ, создаваемого в процессе реабилитации после травмы, плановой ампутации по поводу заболевания или при наличии врождённого недоразвития конечности.

В первом случае используется несколько редуцированная схема, которая включает анамнез, клинический осмотр культи. Функциональные тесты манипулятивной деятельности по биомеханическим параметрам. Эргономическое тестирование доступности операций труда по имеющейся у инвалида профессии и бытового самообслуживания. Психофизиологическое тестирование базовых нейродинамических и психомоторных свойств инвалида. Психологическое тестирование свойств личности и характера, интеллектуальной и эмоциональной сферы, отношения к ПОИ, степени удовлетворённости результатом протезирования с самооценкой востребованности ПОИ в быту и в труде, оценкой его комфортности, эстетичности и социальной значимости. Специально исследуется вопрос о «барьерах» жизнедеятельности и качестве жизни инвалида.

Во втором случае схема больше и включает в себя кроме перечисленных исследований психологическое и эргономическое сопровождение подготовки инвалида и его культи к протезированию, а также всех остальных этапов реабилитации. Выбор способа, техники протезирования и модели протеза в соответствии с диагнозом, уровнем ампутации, целевым назначением протеза и пожеланиями пациента. Ситуативно необходимая психокоррекция и психоподдержка при освоении лечебно-тренировочного протеза на полунатурных макетах бытового

самообслуживания. Биомеханическое тестирование манипулятивности и эргономических свойств и возможностей ПОИ с решением вопроса о профориентации и интегрирования в различные сферы жизнедеятельности. Формирование реабилитологом индивидуальной программы дальнейшей реабилитации с этапным контролем её эффективности и качества жизни по первой схеме.

Список литературы.

1. МКФ - Международая классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.- Женева: ВОЗ, 2001.-342 с.
2. Кужекин А.П. Конструкции протезно-ортопедических изделий /Кужекин А.П., Морейнис И.Ш, Якобсон Я.С. – М.: «Лёгкая промышленность» 1984.- С.102-214.
3. Кейер А.Н Руководство по протезированию и ортезированию /А.Н.Кейер, А.В.Рожков.- СПб: ЦНИИ протезирования СПб.- 1999.- 624 с.
4. Кейер А.Н. Протезирование верхних конечностей /А.Н.Кейер, А.О.Андриевская, Е.П.Андреева, В.И.Бакулев, В.Г.Петров, Р.В.Росков.- СПб: «Всероссийская гильдия ортопедов-протезистов», СПб: 2007.- 344 с.
5. Light, C. M., P. H. Chappell, and P. J. Kyberd. 2002. Establishing a standardized clinical assessment tool of pathologic and prosthetic hand function: Normative data, reliability, and validity. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 83 (6):776–83. Epub 2002/06/06.

УДК 616.008.3.5.72

Гальянов А.А., Ишутина И.С.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ФАСИЛИТАТОРОВ В ГРУППЕ ИНВАЛИДОВ С ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТОЗОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург

Galianov A.A., Ishutina I.S.

APPLICATION OF INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH FOR ASSESING FACILITATORS IN THE GROUP OF DISABLED WITH OSTEOARTHRITIS OF LOWER EXTREMITIES

St.Petersburg Scientific and Practical Center of Medical and Social Expertise, Prosthetics and Rehabilitation of the Disabled n.a. G.A.Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: Международная классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, инвалиды с деформирующим остеоартрозом (ДОА) нижних конечностей, фасилитаторы.

Keywords: International classification of functioning, disability and health, disabled with osteoarthritis of lower extremities, facilitators.

Аннотация. Проведена оценка степени выраженности фасилитаторов (технических средств реабилитации) в реализации по составляющей участие для использования их в группе инвалидов с деформирующим остеоартрозом нижних конечностей.

Abstract. During investigation was assessed the role of facilitators (assistive devices) in realization of participation in the group of disabled with osteoarthritis of lower extremities.

Введение.

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) использована в исследовании как международный стандарт оценки факторов внешней среды в группе инвалидов с деформирующим остеоартрозом нижних конечностей.

Материалы и методы.

Обследовано 83 пациента с деформирующим остеоартрозом нижних конечностей, из них 48 мужчин (57,8%) и 35 женщин (42,2%) в возрасте от 49 до 84 лет. Инвалиды III группы составили 39 человек (47%), II группы 37 человек (44,5%), I группы 7 человек (8,5%).

Проводилось анкетирование на базе основного набора при ДОА, определялось влияние фасилитаторов (технических средств реабилитации – опорные трости, костыли) на реализацию по составляющей участие в категориях d4500 Ходьба на короткие расстояния и d4551 Преодоление препятствий. *Определитель реализации* определяет, что индивид делает в условиях реально окружающей его среды. Так как реальная окружающая среда рассматривается в социальном контексте, реализация также понимается как “вовлечение в жизненную ситуацию” или “жизненный опыт” человека в актуальных условиях, в которых он живет [1].

Степень выраженности ограничения участия определялось с использованием модифицированного первого определителя МКФ.

***Первый определитель**: степень нарушения*
***xxx.0 НЕТ нарушений** (никаких, отсутствуют, ничтожные,…)* ***xxx.1 ЛЕГКИЕ нарушения** (незначительные, слабые,…) - это означает, что проблемы существуют менее 25% времени, с интенсивностью, которую индивид может переносить и которая проявляется редко за последние 30 дней.* ***xxx.2 УМЕРЕННЫЕ нарушения** (средние, значимые,…) - это означает, что проблемы существуют менее 50% времени, которые оказывают влияние на повседневную жизнь индивида и проявляется врем я от времени за последние 30 дней.* ***xxx.3 ТЯЖЕЛЫЕ нарушения** (высокие, интенсивные,…) это означает, что проблемы существуют более 50% времени, являются интенсивными, которые частично нарушают повседневную жизнь индивида, и проявляются ежедневно в течение последних 30 дней.* ***xxx.4 АБСОЛЮТНЫЕ нарушения** (полные,…) - это означает, что проблемы существуют более 95% времени, являются интенсивными которые полностью нарушают повседневную жизнь индивида и проявляются ежедневно в течение последних 30 дней.* ***xxx.8 не определено** – это означает, что информация недостаточна для определения степени выраженности нарушения.* ***xxx.9 не применимо** – это означает, что невозможно применить какой бы то ни было код (например b650 Менструальные функции для женщин в предменструальный период и период менопаузы). [2]*

Результаты.

Анализ проводился в подгруппе инвалидов со II группой инвалидности (37 человек). В 50% случаев степень ограничения участия по категориям d4500 Ходьба на короткие расстояния и d4551 Преодоление препятствий уменьшилась с выраженной до умеренной, в 30 % - не изменилась, и в 20% случаев, по мнению пациентов, увеличилась «устойчивость» при ходьбе.

Заключение.

Применение МКФ при оценке роли фасилитаторов для снижения степени ограничения участия позволяет осуществлять обоснованный выбор конкретного технического средства реабилитации при разработке ИПРА.

Список литературы

1. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – ВОЗ, Женева. – 2001.
2. 2.ICF CHECKLIST Version 2.1a, Clinical Form for International Classification of Functioning, Disability and Health. – WHO, Geneva. – 2003.

УДК 614.253.89+614.253.1(083.1.004.738.5)](420)

Р. Фиттон[1], Э. Дэвис[2]

Онлайн коррекция и переговоры матери пациентки с отягощенной инвалидностью в режиме реального времени по медицинским документам в клинике общей практики в Англии.

[1] Олд Викарадж, Кройден, Глоссоп, Дербишир, Англия SK13 1HZ
[2] Клиника хирургии Симмондли, Глоссоп, Дербишир, Англия SK13

Dr Richard[1], Edna Davies[2]

On line correction and negotiation of real time medical patient record by the mother of a patient with complicated disabilities in an English General practice.

1 The Old Vicarage Crowden Glossop Derbyshire England SK13 1HZ
2 Simmondley Surgery, Glossop Derbyshire England SK13

Ключевые слова: инвалидность, доступ онлайн пациента, коррекция пациентами медицинских записей

Keywords:- Disability, patient on line access, patients correcting medical records

Аннотация: Используя онлайн доступ из дома к первичной медицинской документации в клинике общей практики, бумажную распечатку и на базе консультаций с врачом в отделении хирургии, мать пациентки с множественными нарушениями проверяла точность и полноту медицинских записей в отношении ее дочери. Врач обсуждал документацию с Абигейл и Эдной в клинике, внимательно разбирая записи, в результате чего была достигнута бóльшая их точность и полнота.

В статье рассматриваются предпосылки, технологические и социальные решения, которые использовались в ходе онлайн доступа к записям о болезни пациента-инвалида и их верификации.

Abstract: Using the on line access view of the primary care GP record from home, a paper print out, and a shared view with the GP at the surgery/office the mother of a daughter with multiple disabilities checked the accuracy and

completeness of her daughter's GP medical record. Discussions and examination of the record took place at the doctor's surgery with Abigail and Edna and a more accurate and complete record was achieved.

The paper discusses the background and technological and cultural solutions that were involved in on line access to a record of a disabled patient and the verification of its contents.

Введение: мать Абигейл является членом группы, продвигающей возможность участия пациентов в обработке записей в клинике Симмондли, Глоссоп. Она была одной из первых шести пациенток, которые опробовали онлайн доступ к своей медицинской документации. Эдна решила зарегистрировать свою дочь, Абигейл, для возможности получения онлайн доступа к медкарте в клинике Глоссоп, Англия. Эдна обнаружила ряд несоответствий и неточностей в записях относительно ее дочери, которые она пожелала исправить - не в последнюю очередь потому, что медицинскую информацию ее дочери можно было показать другим специалистам (что позволяет Информационная система доступа пациента к записям).

(С Абигейл занимаются: специальный координатор образовательных потребностей, педиатр округа, физиотерапевт, специалист по трудотерапии, мастер по изготовлению ортопедических аппаратов, мастер по инвалидным креслам, специалист по верхним конечностям, специалист по разработке движений рук, специалист по нижним конечностям, педагог-специалист по работе с детьми с особыми нуждами, консультант по вопросам движения и управления телом, специалист по вовлечению в социум, социальный работник).

Доступ к медицинской документации в Англии

«Пациент Онлайн» - программа, разработанная Национальной службой здравоохранения Англии для поддержки работы клиник общеврачебной практики в части предложения и продвижения онлайновых услуг пациентам, включая доступ к закодированной информации, содержащейся в записях, запись на прием и заказ повторных рецептов.

(Https://www.england.nhs.uk/ourwork/pe/patient-online/)

Программа «Пациент Онлайн» - доступ к медицинским записям в клинике Симмондли

Медицинская информационная система EMIS является одной из систем, выбранных и утвержденных Национальной службой здравоохранения; она финансируется Национальной службой здравоохранения. Благодаря своей службе доступа пациента к мединформации, EMIS была первой клинической системой, позволяющей пациентам записаться на прием к врачу и заказать повторные рецепты в

Интернете. Система также позволяет пациентам получить доступ к их медицинским карточкам в Интернете. В сентябре 2014 года эта медицинская информационная система была установлена в 3750 клиниках общей практики.

Что представляет собой онлайн доступ?

Сведения в медицинской карточке содержат следующую информацию:

a. Имя, дата рождения, адрес, контактный номер телефона, дата регистрации, название клиники, имя врача
b. Текущее лечение и назначения
c. Чувствительность к препаратам
d. Прекращение лечения
e. Текущие проблемы - категории болезней (Приложение 5), в рамках которых пациенты имеют проблемы и проходят лечение
f. Направления - дата направления, куда направлен
g. Латентные проблемы - категории болезней, в рамках которых пациенты имеют скрытые/неактивные проблемы
h. Примечания в резюме (без описания проблем)
i. Примечания постороннего характера
j. Предпосылки

Полный отчет включает следующее описание (под медицинской историей пациента, с разбивкой по датам и заболеваниям):

i) Проблемы и примечания - категории болезней, начиная с самых застарелых, далее текущие проблемы, далее латентные. Сюда включаются все записи консультантов, анализы крови, назначения

ii) Лечение, текущее и прекращенное

Буквы в файле обработки текста включают в себя

i) Буквы назначений

ii) Корреспонденция с больницами и иными медицинскими организациями (отсканированная или изложенная от руки):

История Абигейл, ее документация

Эдна имела доступ к медицинской документации своей дочери из дома по Интернету, а также распечатку. Также она имела доступ к записям врача клиники, как он выглядел на экране врача.

Абигейл Дэвис появилась на свет в результате преждевременных родов на сроке 26 недель беременности вместе с сестрой-близнецом 15/11/2006. Сведения о сестре не входили в файл Абигейл, однако мать настояла на включении. (Сестра-близнец Фейт умерла от осложнения - разрыва кишечника.)

На шестой и седьмой день жизни у Абигейл произошло внутримозговое кровоизлияние, которое привело к неврологической

инвалидности. Эти сведения были искажены в медицинской документации Абигейл, в которой было указано (в виде цифрового кода), что у нее - врожденный церебральный паралич, т.е. с рождения.

Также была запись, согласно которой Абигейл имеет трудности в обучении, что не является истиной. Мы далее прокомментируем эту запись.

В обширном заключении Абигейл написано: «Детский спастический церебральный паралич. Квадриплегия (паралич рук и ног)», высокий тонус во всех четырех конечностях и низкий тонус туловища. При этом у нее много других специфических нарушений, ниже мы их приводим согласно списку ее матери.

Поиск кодов в записях клиники общеврачебной практики для описания пунктов инвалидности Абигейл

Медицинская информационная система управления EMIS использует так называемые Коды Рида (Read codes) и Сноумед Коды (Snomed codes) (SNOMED - систематизированная номенклатура медицинских терминов и кодов). Рутинный поиск использует коды Рида, а центральная база данных связывает Коды Рида с кодами Сноумед.

Коды Рида представляют собой стандартную систему клинической терминологии, используемую в клиниках общей практике в Великобритании. Она поддерживает подробное клиническое кодирование аспектов описания пациента, включая: род занятий; социальные условия; этническая принадлежность и религия; клинические симптомы и наблюдения; лабораторные исследования и результаты; диагнозы; выполненные диагностические, терапевтические или хирургические процедуры; ряд административных моментов (например, было ли послано пациенту приглашение на скрининг, кем, запрашивалась ли плата за обслуживание). Таким образом, она выходит далеко за рамки системы диагностического кодирования.

Коды, которые мы нашли или не смогли найти в цифровой записи, приведены под каждой из перечисленных медицинских проблем в списке матери.

- Тяжелые проблемы с мобильностью, пользуется инвалидной коляской. «Зависимость от инвалидного кресла» ZV462
- В качестве способа передвижения по дому она ползает; может встать на колени, но недолго держится в этом положении, разве что если опирается на низкий столик. N097 «трудности при ходьбе»
- Она может заставить себя встать и стоять в течение короткого периода времени - если держится или опирается на что-либо, чтобы поддержать себя. 22I33 «пока не стоит»

- Она может переместиться в сидячее положение, если сиденье достаточно низкое, чтобы сесть из положения стоя - ничего подходящего не найдено
- Сейчас она может встать с подушек, поворачиваться и сидеть на большинстве диванов - ничего подходящего найдено
- Она не может сидеть на ягодицах с вытянутыми ногами, равно как и с согнутыми перекрестно под себя. Она не может сидеть с опорой на бок, так как это требует участия рук для поддержки, но в этом случае она не может использовать руки для других дел - ничего подходящего найдено
- Она может делать схватывающие и обнимающие движения только левой рукой, так как эта рука наиболее мобильная. У нее не получаются действия, которые требуют обеих рук. «Снижение силы мышц» EMISCD12
- Она может только перекатывать предметы, а переворачивать не умеет, часто использует посторонние предметы, чтобы толкать или тянуть, в помощь ее движениям - ничего подходящего найдено
- Она знает, когда пора в туалет, и в состоянии сообщить это кому-либо или попросить кого-либо помочь ей. По сути, она не в состоянии ходить в туалет самостоятельно. «Зависимость от других при пользовании туалетом» 397
- Она не может одеваться или раздеваться самостоятельно. «Зависит от других при одевании» 3950
- Она может иногда сама снимать свободную одежду - футболки и трусы, если имеет достаточно времени, при наличии пространства, позволяющего маневр. Таким же образом она может надеть свободные рубашки при достаточном времени - скажем, 5 минут или около того.
- Она может частично мыться (мыть тело); помощь требуется, чтобы открыть гель для душа и обработать себя под мышками, между ногами и вымыть волосы на голове. «Трудности при самостоятельном мытье» 1P820
- Абигейл не может пользоваться ножом при еде, кроме случаев, когда пища очень мягкая; она может поесть сама, но вымазывается более, чем дети такого же возраста. «Оценка самостоятельности при питании и питье». EMISNQEA19- добавлен текст «нуждается в помощи»
- Физическая способность Абигейл рисовать и писать характерна для ребенка гораздо более раннего возраста, хотя ее способность выдавать готовую работу соответствует ее возрасту - ничего подходящего не найдено
- Она не может управляться с ножницами, вскрывать пакеты, снимать крышки с бутылок и т.д. «Плохая мелкая моторика» ESCTP02
- «Ее сенсорно-моторная функция плохо развита, однако она может играть с бусинами (маленькие шарики на наборном поле)» «Плохая мелкая моторика» ESCTP02

Способности:

- Она - счастливая и умная маленькая девочка с прекрасной душой и преисполненная любовью.
- Она любит общаться со своими сверстниками и взрослыми. Она может находиться в центре внимания в любой возрастной группе.
- Она будет участвовать во всех мероприятиях по-своему, например, она танцует на коленях и как-то даже участвовала в «спринте» в день физкультурника в школе, в своем кресле.
- Она не пугается и не смущается своей инвалидности, однако прекрасно понимает свои пределы и знает, что есть много вещей, которые она не может сделать самостоятельно, тем не менее она стремится выполнить их безупречно в меру своих возможностей.

Выводы: Онлайн доступ к врачебным записям позволяет пациентам и их опекунам проверять их правильность и при необходимости требовать корректировки и обновления этих записей.

1. Д-р Джон Пауэлл, Кэролин Фиттон, доктор Ричард Фиттон Совместное использование электронных медицинских записей: взгляд пациента. 2006
2. С. Паглиари, Т. Шэнд, Б. Фишер, Внедрение онлайн-доступа к медкарте пациента в системе первичной медицинской помощи Великобритании: обзор опыта коллег, Журнал медицинского сообщества. 3 (5) (2012) 34.
3. Европейский Союз, Директива 2011/24/ЕС Европейского парламента и Совета от 9 марта 2011 года по вопросу о реализации прав пациентов в международном медицинском контроле, Официальный журнал Европейского Союза, Л 88/45 (4.4.2011).
4. Департамент здравоохранения, Структура Национальной службы здравоохранения Англии, Лондон, 2013.
5. Материалы Британского Казначейства, Отчет - осень 2011 года: Представлено парламенту Канцлером казначейства по велению Ее Величества. Офис в Норидже, Великобритания, 2011 год.
6. Министерство здравоохранения, Сила информации: Наша возможность контролировать информацию о нашем здоровье и лечении, 2012, Лондон.
7. Королевский колледж врачей общей практики, Возможность для пациентов получить доступ к электронным медицинским записям. Руководство для специалистов здравоохранения, 2010 г., Лондон.

8. Королевский колледж врачей общей практики, Доступ пациентов к медицинской документации, 2012, Лондон, http://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/practice-management-resources/health-informatics-group/patient-access-to-records.aspx (обращение к ссылке 22.04.13).
9. Т. Гринхэлг, Г.В. Вуд, Т. Братан, К. Страмер, С. Хиндер, Отношение пациентов к ситуации с медицинской документацией в здравоохранении: исследование сути вопроса, Британский медицинский журнал 336 (7656) (2008) 1290-1295.
10. С. Пайпер, Дж. Эмери, М. Уотсон, К. Крук, Опыт онлайн доступа пациентов к их медкартам в системе первичной медицинской помощи, Британский журнал общей медицинской практики. 54 (498) (2004) 38-43.
11. Б. Фишер, В. Бхавнани, М. Уинфилд, Как пациенты используют доступ к полной медицинской документации: качественное исследование проблем пациентов в общей практике, Британский журнал общей медицинской практики 102 (12) (2009) 539-544.
12. Б. Фишер, В. Бхавнани, М. Уинфилд, П. Сид, Как пациенты используют электронный доступ к медицинским записям в клиниках общеврачебной практики - количественное исследование, Журнал семейной практики 28 (2) (2011) 188-194.
13. С. Фиттон, Р. Фиттон, А. Ханнан, Б. Фишер, Л. Морган,
14. Влияние доступа пациента к сведениям в медкарте на возможность записи к врачам, включая запись по телефону, в двух клиниках общей практики в Англии. Исследование на основе выборки населения, Журнал первой медицинской помощи, Лондон. 6 (2014) 8-15
15. Сайед Гулям Сарвар Шах, Ричард Фиттон, Амир Ханнан, Брайан Фишер, Терри Янг, Джули Барнетт. «Онлайн доступ к персональным медицинским данным в Интернете: зачем это нужно?»

УДК 614.253.89+614.253.1(083.1.004.738.5)](420)

[1]Dr Richard Fitton MB BS, MRCS LRCP, DCH, DRCOG, MRCGP

[2]Edna Davies Mother of Abigail Davies Edna - HNC in Engineering, NVQ Level IV in Engineering

On line correction and negotiation of real time medical patient record by the mother of a patient with complicated disabilities in an English General practice.

[1] The Old Vicarage Crowden Glossop Derbyshire England SK13 1HZ

[2] Simmondley Surgery, Glossop Derbyshire England SK13

Keywords:- Disability, patient on line access, patients correcting medical records

Abstract: Using the on line access view of the primary care GP record from home, a paper print out, and a shared view with the GP at the surgery/office the mother of a daughter with multiple disabilities checked the accuracy and completeness of her daughter's GP medical record. Discussions and examination of the record took place at the doctor's surgery with Abigail and Edna and a more accurate and complete record was achieved.

The paper discusses the background and technological and cultural solutions that were involved in on line access to a record of a disabled patient and the verification of its contents.

Method: Abigail's mother is a member of the patient participation group at Simmondley practice in Glossop and was one of the first of six patients to trial on line access to their contemporary GP record. Edna decided to register her daughter, Abigail, for on line access of her General Practice record in Glossop, England. Edna found a number of discrepancies and inaccuracies in her daughter's record which she wished to correct – not least because her daughter's record might be shared with other professionals (a feature of the EMIS access system of patient access to records).

(Abigail is under School SENCO special educational needs coordinator, community paediatrician, physiotherapist, occupational therapist, orthotics, wheel chair service, upper limbs specialist, specialist hand occupational therapist, lower limb specialist, specialist teacher for children with physical needs, moving and handling advisor, inclusions officer and social worker.)

Record access in England

Patient Online is an NHS England program designed to support GP practices to offer and promote online services to patients, including access to coded information in records, appointment booking and ordering of repeat prescriptions.

(https://www.england.nhs.uk/ourwork/pe/patient-online/)

Emis Web - Record Access at Simmondley Practice

EMIS is one of the suppliers approved by the NHS GP Systems of Choice and so funded by the NHS. Through its Patient Access service, EMIS was the first clinical system providers to enable patients to book GP appointments online and order repeat prescriptions. Patient Access also enables patients to access their own records online. EMIS Web had been rolled out to 3750 General Practices in September 2014.

What does an on line GP record look like?

The single patient summary report contains the patient's:

i) Name, D.O.B., address, contact number, date registered, surgery and registered GP name

ii) Current medication

iii) Sensitivities
iv) Discontinuations of medication
v) Current Problems – This shows the disease categories **appendix 5** of current problems in which patients have active data
vi) Referrals – date of referral and where referred
vii) Dormant Problems – This shows the disease categories of dormant problems in which patients have non active data
viii) Notes in Summary (excluding problems)
ix) Unlinked Notes
x) Background

The full report contains the patients (under Patient Medical History by date and disease):

i) Problems and notes – These are in disease categories and run from oldest first, current problems, then dormant. These include all entries from consultations, blood tests, administration
ii) Medication current and discontinued

Letters in the word processing file include

i) Referral letters
ii) Hospital and other health service correspondence (scanned or transcribed) :

Abigail's notes and history

Edna accessed her daughter's record from home on the internet and also checked a paper print out. She shared the full online GP view of the record on the doctor's screen at the surgery.

Abigail Davies was a premature twin delivery 15/11/2006 Born at 26 weeks gestation. The twin birth was not in Abigail's summary but Mum wanted it in. (Her twin sister, Faith, suffered a complication of ruptured intestine from which she died.)

On the sixth and seventh day of her life, Abigail suffered intracerebral haemorrhages which led to neurological disabilities. This was misrepresented in Abigail's notes which had coded Abigail's condition as congenital cerebral palsy (which meant from birth)

There was one entry which stated that Abigail has learning difficulties which she does not. We will annotate this entry.

Abigail's big summary entry is "Cerebral Palsy Spastic Quadriplegia" – Presenting high tone in all four limbs and low tone in the torso. However she has many other specific impairments and her mother's list of Abigail's disabilities is below.

A search for codes within the GP record to represent Abigail's disabilities

The EMIS system utilises Read codes and Snomed codes. The day to day search utilises Read codes and the central data base links the Read Codes to SNOMED codes.

Read codes are the standard clinical terminology system used in General Practice in the United Kingdom. It supports detailed clinical encoding of multiple patient phenomena including: occupation; social circumstances; ethnicity and religion; clinical signs, symptoms and observations; laboratory tests and results; diagnoses; diagnostic, therapeutic or surgical procedures performed; and a variety of administrative items (e.g. whether a screening recall has been sent and by what communication modality, or whether an item of service fee has been claimed). It therefore includes but goes significantly beyond the expressivity of a diagnosis coding system.

The codes that we found or could not find within the digital record are beside each listed problem in mother's list below.

- 1. Severe mobility issues and is a wheel chair user. *"Dependence on Wheelchair" ZV462*
- 2. She crawls as a mode of mobility Around the house, she can high kneel but not sustain for long periods of time, unless at a low table. *N097 "difficulty in walking"*
- 3. She can pull herself up to standing and remain stood for short periods of time if holding on or leaning onto something to support herself. *22I33 "not yet standing"*
- 4. She can self-transfer into seating if the seat is low enough to allow sitting from standing – *nothing suitable found*
- 5. She can now get up against and turn and sit on most settees - *nothing suitable found*
- 6. She cannot sit on her bottom with her legs out nor with them crossed. She does not side sit as it requires her hands for support then she does not have them free to do things with – *nothing suitable found*
- 7. She can only use the monkey grip with her left hand and has to be left handed as this is the most mobile of her hands. She struggles with actions that require bilateral movements. *"decreased muscle strength" EMISCD12*
- 8. She can only roll over and not turn over often using surrounding objects to push or pull upon to aid her movements - *Nothing suitable found*
- 9. She knows when she requires the toilet and is able to tell someone or ask a fried to get adult help. She is unable to actually go to the toilet independently. *"toilet dependency" 397*
- 10. She cannot get dressed, or undressed independently. *"Dependent for dressing" 3950*
- 11. She can, on occasion, take off loose fitting t-shirts and trousers, given enough time and space in which to manoeuvre. Likewise, she can put on loose fitting t-shirts given enough time, 5 minutes or so to put it into perspective.

- 12. She can part wash her body, assistance is required for opening body wash and for washing under the arms, between the legs and the hair. *"difficult washing self" 1P820*
- 13. Abigail cannot cut up her own food unless it's very soft, she can feed herself but is more messy than a child of similar age. *"Eating and drinking assessment" EMISNQEA19– added text "needs assistance"*
- 14. Abigail's physical ability to draw and write is similar to a child much younger although her ability to produce the work is age appropriate – *Nothing suitable found*
- 15. She cannot operate scissors open packages, remove tops of bottles etc. *"poor manual dexterity" ESCTP02*
- 16. "Her fine motor skills are poor however she can use hammer beads (small beads placed onto a peg board) *"poor manual dexterity" ESCTP02*

Abilities: -

- She is a happy and intelligent little girl with much personality and love in her.
- She loves to socialise with her peers and adults. She can hold court with any age group.
- She will join in in all activities in her own way. ie she dances on her knees and even participated in the 'sprint' on school sports day in her chair one year.
- She is not put off, or embarrassed by her disability, however very much understands her limits and has knowledge and understanding that there are many things she cannot do independently, but will often give it a go to the best of her abilities.

Conclusion: On line access to contemporary GP records allows patients and carers to check and if necessary request modifications and updates to on line primary care records.

1. Dr John Powell, Caroline Fitton, Dr Richard Fitton. Sharing electronic health records: the patient view. 2006
2. C. Pagliari, T. Shand, B. Fisher, Embedding online patient record access in UK primary care: a survey of stakeholder experiences, J. R. Soc. Med. Short Rep. 3 (5) (2012) 34.
3. European Union, Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the Application of Patients' Rights in Cross-border Healthcare, OJEU, L 88/45 (4.4.2011).
4. Department of Health, The NHS Constitution for England, London, 2013.
5. H.M. Treasury, Autumn statement 2011, in: Presented to Parliament by the Chancellor of the Exchequer by Command of Her Majesty, The Stationery Office Limited, Norwich, UK, 2011.

6. Department of Health, The Power of Information: Putting all of us in Control of the Health and Care Information We Need, 2012, London.
7. Royal College of General Practitioners, Enabling Patients to Access Electronic Health Records. Guidance for Health Professionals, 2010, London.
8. Royal College of General Practitioners, Patients Access to Records, 2012, London, http://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/practice-management-resources/health-informatics-group/patient-access-to-records.aspx (accessed 22.04.13).
9. T. Greenhalgh, G.W. Wood, T. Bratan, K. Stramer, S. Hinder, Patients' attitudes to the summary care record and HealthSpace: qualitative study, BMJ 336 (7656) (2008) 1290–1295.
10. C. Pyper, J. Amery, M. Watson, C. Crook, Patients' experiences when accessing their on-line electronic patient records in primary care, Br. J. Gen. Pract. 54 (498) (2004) 38–43.
11. B. Fisher, V. Bhavnani, M. Winfield, How patients use access to their full health records: a qualitative study of patients in general practice, J. R. Soc. Med. 102 (12) (2009) 539–544.
12. V. Bhavnani, B. Fisher, M. Winfield, P. Seed, How patients use access to their electronic GP record—a quantitative study, Fam. Pract. 28 (2) (2011) 188–194.
13. C. Fitton, R. Fitton, A. Hannan, B. Fisher, L. Morgan, The impact of patient record access on appointments and telephone calls in two English general practices. A population based study, Lond. J. Prim. Care 6 (2014) 8–15
14. Syed Ghulam Sarwar Shah, Richard Fitton, Amir Hannan, BrianFisher, Terry Young, Julie Barnett Accessing personal medical records online: Ameans to what ends?

УДК 615.477. 2.6(571.15)

Еркинова Е.В., Штанаков М.В.

Анализ рекомендованных технических средств реабилитации населению Республики Алтай в 2014-2015 гг.

ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Алтай» Минтруда России
г. Горно-Алтайск

E.V. Erkinova, M.V. Shtanakov

The analysis recommended by technical aids of rehabilitation of the population of the Altai Republic in 2014-2015

FSI « Head office of medical and social expertise of the Altai Republic »
Gorno-Altaisk

Ключевые слова: медико-социальная экспертиза, технические средства реабилитации.

Keywords: medical-social expertise, technical aids of rehabilitation

Аннотация: представлен анализ назначения технических средств реабилитации учреждениями медико-социальной экспертизы

Abstract: It presents an analysis of the destination of technical aids of rehabilitation of medical and social expertise institutions.

В соответствии с федеральным законом от 24.11.1995 г. №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» реализация основных направлений реабилитации инвалидов предусматривает использование инвалидами, в том числе технические средстве реабилитации (ТСР). Представлен анализ рекомендованных бюро МСЭ технических средств реабилитации в индивидуальных программах реабилитации инвалида (ребенка-инвалида) населению Республики Алтай.

Выдано индивидуальных программ реабилитации инвалидам

	2013 г.	**2014 г.**	**2015 г.**
Всего	**4974**	**5110**	**4516**
Впервые	1215	1188	1056
Из них детям	157	156	136
Повторно	3759	3922	3460
Из них детям	594	599	604

Всего в 2015 г. разработано 4516 ИПР, из них 83,6% инвалидам взрослого населения, 16,4% разработано детям-инвалидам. Количество разработанных и выданных ИПР по сравнению с 2014 г. снизилось на 11,6%. Нуждаемость в ТСР среди взрослого населения составила 36,4% (2014 г. - 50,6%), у детей – 18,4% (2014 г. - 21,7%) от числа выданных ИПР.

Рекомендовано ТСР взрослому населению

	2015		2014	
	ТСР	%	ТСР	%
Технических средствах реабилитации - всего	1379	**100,0**	2212	100,0
тростей опорных и тактильных, костылей, опор, поручней	340	**24,7**	999	45,2

кресла-коляски с ручным приводом	205	**14,9**	481	21,7
кресла-коляски с электроприводом	2	**0,1**	12	0,5
малогабаритного кресла-коляски	0	**0,0**	2	0,1
протезов, в том числе эндопротезов и ортезов	385	**27,9**	490	22,2
ортопедической обуви	70	**5,1**	73	3,3
противопролежневых матрацев и подушек	124	**9,0**	464	21,0
приспособлений для одевания, раздевания и захвата предметов	1	**0,1**	2	0,1
специальной одежды	0	**0,0**	0	0,0
специальных устройств для чтения "говорящих книг", для оптической коррекции слабовидения	7	**0,5**	16	0,7
собак-проводников с комплектом снаряжения	0	**0,0**	0	0,0
медицинских термометров и тонометров с речевым выходом	22	**1,6**	29	1,3
сигнализаторов звука	23	**1,7**	18	0,8
слуховых аппаратов	214	**15,5**	169	7,6
телевизоров с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами	46	**3,3**	18	0,8
голосообразующих аппаратов	2	**0,1**	3	0,1
специальных средств при нарушениях функций выделения	69	**5,0**	83	3,8
абсорбирующего белья, памперсов	270	**19,6**	538	24,3
кресел-стульев с санитарным оснащением	190	**13,8**	541	24,5

По итогу 2015 г. наблюдалось снижение количества и удельного веса рекомендованных технических средств реабилитации взрослому населению по большинству видам ТСР, за счет повышения качества медико-социальной экспертизы и обоснованности их назначения в строгом соответствии с приказом Минтруда России от 09.12.2014 г. №998н.

Отмечался небольшой рост удельного веса рекомендаций на обеспечение: протезами (ортезами), ортопедической обувью и специальных средств при нарушении функции выделения, при этом в абсолютных цифрах наблюдается уменьшение числе рекомендаций. Также можно отметить, что в каждом случае указанные ТСР вносились в ИПР с учетом рекомендаций медико-технической комиссии и врачей-специалистов медицинских организаций.

Так же происходил рост числа рекомендаций и удельного веса на обеспечение ТСР для больных с нарушением функции слуха 3-4 ст. (медицинских термометров и тонометров с речевым выходом, сигнализаторов звука, слуховых аппаратов, телевизоров с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами).

Увеличение числа рекомендаций произошло за счет освидетельствования больных по итогам аудиологического скрининга ветеранов Великой Отечественной Войны и вдов участников Великой Отечественной Войны проведенного медицинскими организациями, а так же увеличение числа больных со стойкими умеренными нарушениями сенсорных функций (слуха). Увеличение как с основным диагнозом – заболевания уха признанных инвалидами, так и повторных больных с сопутствующей патологией - нарушение слуха 3-4 ст. признанных инвалидами по другим диагнозам (в основном последствия ЦВБ и ЧМТ).

Рекомендовано ТСР детскому населению

	2015 г.		2014	
	ТСР	%	ТСР	%
Технических средств реабилитации - всего	136	**100,0**	178	100,0
тростей опорных и тактильных, костылей, опор, поручней	12	**8,8**	41	23,0
кресла-коляски с ручным приводом	22	**16,2**	27	15,2
кресла-коляски с электроприводом	0	**0,0**	2	1,1
малогабаритного кресла-коляски	0	**0,0**	0	0,0
протезов, в том числе эндопротезов и ортезов	27	**19,9**	32	18,0
ортопедической обуви	63	**46,3**	68	38,2
противопролежневых матрацев и подушек	2	**1,5**	24	13,5
приспособлений для одевания, раздевания и захвата предметов	2	**1,5**	12	6,7
специальной одежды	0	**0,0**	0	0,0
специальных устройств для чтения "говорящих книг", для оптической коррекции слабовидения	2	**1,5**	11	6,2
собак-проводников с комплектом снаряжения	0	**0,0**	0	0,0
медицинских термометров и тонометров с речевым выходом	0	**0,0**	0	0,0
сигнализаторов звука	3	**2,2**	0	0,0

Продолжение таблицы

слуховых аппаратов	20	**14,7**	25	14,0
телевизоров с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами	3	**2,2**	0	0,0
голосообразующих аппаратов	0	**0,0**	0	0,0
специальных средств при нарушениях функций выделения	3	**2,2**	2	1,1
абсорбирующего белья, памперсов	46	**33,8**	52	29,2
кресел-стульев с санитарным оснащением	2	**1,5**	7	3,9

По итогу 2015 г. отмечаем снижение количества и удельного веса рекомендованных технических средств реабилитации детскому населению, за счет повышения качества медико-социальной экспертизы и обоснованности их назначения в строгом соответствии с приказом Минтруда России от 09.12.2014 г. №998н.

Наблюдался небольшой рост удельного веса рекомендаций на обеспечение: кресла-коляски с ручным приводом, протезы (ортезы), ортопедической обуви, слуховых аппаратов, абсорбирующего белья, при этом в абсолютных цифрах - уменьшение числа рекомендаций.

Имелся рост числа рекомендаций и удельного веса на обеспечение ТСР для больных с нарушением функции слуха 3-4 ст. сигнализаторов звука, телевизоров с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами – 3 шт. (в 2014 г. не рекомендовались). Так же увеличилось число рекомендованных специальных средств при нарушениях функций выделения с 2 в 2014 г. до 3 в 2015 г.

Таким образом, можно отметить, что по итогу 2015 г. в Республике Алтай наблюдается снижение количества и удельного веса рекомендованных технических средств реабилитации населению за счет повышения качества медико-социальной экспертизы и обоснованности их назначения в строгом соответствии с приказом Минтруда России от 09.12.2014 г. №998н за исключением ТСР для больных с нарушением функции слуха.

УДК 616-085.8-056.24

Петрунько И.Л.[1,2], Миненкова М.Е.[1], Сергеева Н.В.[1], Тумурова С.П.[1], Соклакова В.И.[1]

ОБ ОПЫТЕ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА В ЧАСТИ ВКЛЮЧЕНИЯ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ

[1]ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России,
[2]ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» Минздрава России
г. Иркутск

Petrun'ko I.L.[1,2], Minenkova M.E.[1], Sergeeva N.V.[1], Tumurova S.P.[1], Soklakova V.I.[1]

EXPERIENCE QUALITY CONTROL INDIVIDUAL PROGRAMS OF REHABILITATION OR HABILITATION DISABLED IN PART ON TECHNICAL EQUIPMENTS OF REHABILITATION

[1]«Head bureau of medical-social expertise in Irkutsk region» of Ministry of Labour and Social Development of Russia
[2] Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education
Irkutsk

Ключевые слова: инвалид, технические средства реабилитации.

Key words: disabled, rehabilitation equipments.

Аннотация. В тезисах приведены опыт и эффективность контроля экспертным составом главного бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области качества индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА) в части включения технических средств реабилитации. Значительно снизилось в результате количество дефектов при разработке ИПРА.

Abstract. There are in thesis an experience and the effectiveness of the control the structure main expert bureau of medical and social examination of the Irkutsk region the quality of individual programs of rehabilitation or habilitation disabled (IPRA) regarding the inclusion of technical equipments of rehabilitation. Defects in the development of IPRA significantly decreased as a result of control.

Очень важным компонентом в процессе реабилитации является обеспечение инвалидов техническими средствами (ТСР). Однако при разработке ИПРА инвалидов встречаются дефекты, как нарушающие права инвалидов, так и случаи необоснованных рекомендаций, что приводит к

финансовым потерям.

Целью исследования был анализ за 10 месяцев 2015 г. в сравнении с 10 месяцами 2016 г. качества ИПРА инвалида в части ТСР и оценка эффективности проводимой экспертным составом главного бюро МСЭ работы по контролю за этим видом деятельности. Проводился расчет выявленных дефектов в процентах к проверенным ИПРА инвалидов.

Результаты и обсуждение. Специалисты экспертного состава главного бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области по распоряжению руководителя в последние годы усилили контроль за разработкой ИПР, а после вступления в действие приказа Минтруда России от 31 июля 2015 г. № 528н – ИПРА в части качества рекомендаций ТСР.

Больше внимания стало уделяться методической работе, с курируемыми бюро было проведено 8 семинаров по разработке ИПР (ИПРА), ознакомлению с ТСР, разбирались допущенные дефекты. Кроме того, администрацией Главного бюро МСЭ по Иркутской области регулярно проводится учеба специалистов по реабилитации по разработке ИПРА.

Врачом-специалистом по реабилитации инвалидов экспертного состава главного бюро МСЭ ежедневно осуществляется on line по системе ЕАВИИАС в курируемых бюро проверка разрабатываемых в процессе освидетельствования граждан ИПРА. Кроме того, врачи бюро МСЭ – филиалов главного бюро ежедневно консультируются по телефону и электронной почте по поводу разработки ИПРА.

Таким способом проверяется, прежде всего, полнота рекомендаций ТСР каждому инвалиду, а также выявляются необоснованные рекомендации.

За 10 месяцев 2015 г. курируемыми бюро МСЭ признано инвалидами 5 815 человек, всем им разработаны ИПРА инвалида, из них подверглось проверке 2 631, или 45,2%. Дефекты при разработке ИПР в части обеспечения ТСР были допущены в 10,8%, из них ТСР при наличии медицинских показаний не были включены в 9,6%, а в 1,2% они были включены необоснованно.

Особое внимание при контроле уделялось тем бюро МСЭ, где специалисты по реабилитации имели малый опыт работы или допускали дефекты ранее.

При проверках в 2015 г. выявлялись следующие основные дефекты ИПР по не включению ТСР при наличии медицинских показаний:

- сигнализаторы звука, телевизор с телетекстом в 2,9%;
- трости, костыли, опоры, поручни в 5,0%;
- противопролежневый матрац и подушка в 0,7%,
- в единичных случаях - подгузники, ортопедическая обувь, кресло-коляска.

Вместе с тем, в 2015 г. регистрировались в 1,2% случаи необоснованных рекомендаций в ИПР: противопролежневого матраца, абсорбирующего белья, кресел-колясок, подгузников, протезов молочной железы, ортопедической обуви.

За 10 месяцев 2016 г. признано инвалидами в курируемых бюро 5400 граждан, ИПРА разработаны всем. Врачом-специалистом по реабилитации инвалидов экспертного состава главного бюро проверено в части включения ТСР – 3318 программ реабилитации, что составило 61,5%.

Благодаря проделанной работе, качество разработанных ИПРА улучшилось, случаи нарушения прав граждан по рекомендованным ТСР стали встречаться значительно реже. При проверках в 2016 г. дефекты ИПРА по не включению ТСР при наличии показаний выявлены в 5,7%, что в 1,7 раза меньше, чем в 2015 г. Это сигнализаторы звука, телевизор с телетекстом в 1,3%, что реже, чем в 2015 г. в 2,2 раза, опоры в 2,6% (реже, чем в 2015 г., в 1,9 раз), в единичных случаях - противопролежневый матрац и подушка, подгузники, ортопедическая обувь, кресло-коляска.

ТСР в 0,4% ИПРА были в 2016 г. указаны без сопутствующих ТСР, такие как чехол на культю, косметическая оболочка на протез, протез для купания, вкладыши к слуховому аппарату.

Необоснованные рекомендации в ИПРА в 2016 г. снизились на четверть, они выявлены в 0,9%, чаще это было абсорбирующее белье и средства опоры (трости, ходунки, костыли), в единичных случаях – кресло-коляска, ортопедическая обувь, противопролежневый матрац.

Отмечались трудности при разработке ИПРА в тех случаях, которые не предусмотрены хорошо подготовленным и удобным для применения приказом Минтруда России от 09.12.2014 г. № 998н (приказ № 998н), утвердивший перечень показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов ТСР. Примером был вопрос о включения кресла-коляски с ручным приводом в ИПРА инвалиду с наличием хронической артериальной ишемии 2б стадии на одной конечности и с непротезированной культей голени, ампутированной из-за гангрены на фоне сахарного диабета, на другой. Такого показания в указанном приказе нет, хотя представить передвижение данной больной без кресла-коляски затруднительно. Мы предлагаем включить в приказ 998н возможность определения показаний для ТСР специалистами бюро МСЭ инвалиду индивидуально (возможно с консультацией экспертного состава главного бюро), если такая экспертная ситуация не включена в перечень показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов ТСР.

Выводы: Регулярный контроль экспертным составом главного бюро медико-социальной экспертизы on line по системе ЕАВИИАС за разработкой ИПРА в части качества рекомендаций ТСР и методическая помощь специалистам курируемых бюро МСЭ позволили в 2016 г. по сравнению с 2015 г. значительно снизить количество дефектов в этом разделе работы: не включение ТСР при наличии показаний – в 1,7 раза, необоснованное включение – на 25%.

Считаем целесообразным предусмотреть в приказе 998н возможность определения показаний для ТСР специалистами МСЭ инвалиду

индивидуально, если такая экспертная ситуация не включена в перечень показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов ТСР.

Кроме того, для углубленного научного анализа статистических данных по инвалидности, ИПРА, реабилитации необходимо предусмотреть в ЕАВИИАС возможность выгрузки списков инвалидов с указанием социально-демографических данных, полными диагнозами основного, сопутствующего заболеваний и их осложнений, установленной группой инвалидности.

УДК 331.1; 349.2;

Старобина Е.М.

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С УЧЕТОМ КОНВЕНЦИИ ООН О ПРАВАХ ИНВАЛИДОВ

ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России,
Санкт-Петербург

Starobina E.M.

ON IMPROVING VOCATIONAL REHABILITATION OF DISABLED PERSONS, TAKING INTO ACCOUNT THE UN CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES

St. Petersburg Scientific and Practical Center of Medical-Social Expertise, Prosthetics and Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht,
St. Petersburg,

Ключевые слова - Конвенция ООН о правах инвалидов, право на труд, профессиональная реабилитация.

Key words - UN Convention on the rights of persons with disabilities, the right to work, vocational rehabilitation.

Аннотация - В статье анализируются основные требования к реализации права инвалидов на труд. Приводятся статистические данные по динамике занятости инвалидов. Намечаются основные направления содействия более эффективной профессиональной реабилитации инвалидов.

Abstract - the article analyzes the main requirements for the realization of the right to work of disabled persons, statistical data on the dynamics of employment of people with disabilities . Outline the main directions for promoting more efficient vocational rehabilitation of persons with disabilities.

Конвенция ООН о правах инвалидов, ратифицированная Российской Федерацией в 2012 году, определяет основные направления деятельности государств по реализации права инвалидов на труд. Основное положение статьи 27 «Труд и занятость» состоит в том, что должно признаваться право инвалидов на труд наравне с другими и на возможность зарабатывать себе на жизнь трудом, который инвалид свободно выбрал или на который свободно согласился на рынке труда, в производственной среде, которая носила бы открытый и инклюзивный характер и была доступна для инвалидов [1]. Это право должно быть реализовано через разработку целевых программ и политики в области занятости, направленных на достижение полной и продуктивной занятости среди инвалидов на открытом рынке труда, которые должны включать следующие меры:

– содействие возвращению на работу инвалидов, которые ее потеряли вследствие различных причин;

– техническая и финансовая помощь для обеспечения разумного приспособления, включая содействие развитию предпринимательства среди инвалидов;

– доступность для инвалидов услуг трудоустройства и профессионального обучения, в том числе предназначенных для расширения индивидуальной трудовой деятельности;

– обеспечение переподготовки и сохранения занятости работников, получивших травму на рабочем месте, приведшую к инвалидности и препятствующую выполнению ими своих прежних задач;

– обеспечение инвалидам разумного приспособления рабочего места;

– сбор информации о работе инвалидов в неформальной экономике и о мерах, позволяющих им выйти из этого сектора;

– обеспечение доступа учащихся-инвалидов к общему рынку труда;

– обеспечение различных форм труда, таких как телеработа (удаленная работа/работа на дому), и с использованием новых коммуникационных технологий;

– выявление наиболее уязвимых групп инвалидов и привлечение их на рынок труда;

– сбор информации о содействии улучшению положения женщин с инвалидностью.

В настоящее время осуществляется процесс приведения законодательства в соответствие с основными положениями Конвенции. Приняты целый ряд законов федерального уровня, обеспечивающих реализацию положений Конвенции. Прежде всего это Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов», вступивший в силу с 1 января 2016 года, которым вносятся изменения в 25 законодательных актов, регулирующих правоотношения в приоритетных сферах жизнедеятельности, закреплена норма, запрещающая дискриминацию по признаку инвалидности.

Для создания более четких критериев квалификации действий, связанных с несоблюдением гарантий трудоустройства инвалидов, как проявлений дискриминации по признаку инвалидности, указанным Федеральным законом установлены полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации по определению порядка проведения специальных мероприятий по трудоустройству инвалидов.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2015 г. N 1297 утверждена новая редакция государственной программы Российской Федерации "Доступная среда" на 2011 - 2020 годы [2]. Целью программы является создание правовых, экономических и институциональных условий, способствующих интеграции инвалидов в общество и повышению уровня их жизни. Одной из задач программы является обеспечение равного доступа инвалидов к реабилитационным и абилитационным услугам, включая обеспечение равного доступа к профессиональному развитию и трудоустройству. Целевым показателем реализации этой задачи является доля занятых инвалидов трудоспособного возраста в общей численности инвалидов трудоспособного возраста в Российской Федерации - до 40 процентов к 2020 году. Устранение физических и отношенческих барьеров, решение проблемы формирования доступной среды положительно повлияет, в том числе и на стимулирование трудовой и социальной активности инвалидов, что в свою очередь отразиться на образовательном и культурном уровне инвалидов, а также уровне и качестве их жизни.

Целью подпрограммы 2 "Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов" является повышение уровня обеспеченности инвалидов реабилитационными и абилитационными услугами, а также повышение уровня профессионального развития и занятости инвалидов. Ожидаемыми результатами реализации подпрограммы в данной области является увеличение доли инвалидов, трудоустроенных органами службы занятости, в общем числе инвалидов, обратившихся в органы службы занятости (до 60 процентов к 2020 году); увеличение численности занятых инвалидов, трудоустроенных при поддержке общественных организаций инвалидов (до 944 человек к 2020 году).

В качестве основных мероприятий, направленных на совершенствование комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, запланирована разработка методических рекомендаций для специалистов органов службы занятости по организации работы с инвалидами, в том числе оценке значимости нарушенных функций организма инвалида для выполнения трудовых функций; стандарта услуги по сопровождению инвалида при решении вопросов занятости с учетом нарушенных функций организма; примерного положения об организациях, обеспечивающих социальную занятость инвалидов трудоспособного возраста; методические рекомендации по выявлению признаков дискриминации инвалидов при решении вопросов занятости.

Также запланировано повышение квалификации специалистов органов службы занятости по особенностям организации работы с инвалидами, в том числе по сопровождению, при решении вопросов занятости (слепые и слабовидящие, глухие и слабослышащие, с нарушением функций опорно-двигательного аппарата, с когнитивными нарушениями, с психическими нарушениями и иные); выпуск универсального справочника по трудоустройству инвалидов с различными ограничениями возможностей здоровья и его ежегодная актуализация.

Основным направлением оказания государственной поддержки общественным организациям инвалидов и иным некоммерческим организациям запланировано создание рабочих мест для инвалидов в рамках программ общественных организаций инвалидов; создание эффективной системы профессиональной ориентации и мотивации инвалидов к получению рабочих профессий; социальная реабилитация и содействие трудоустройству инвалидов.

Вместе с тем существующая в настоящее время ситуация с профессиональной реабилитацией инвалидов остается достаточно сложной.

По состоянию на 1 января 2016 года по данным пенсионного фонда РФ [3] из общего количества инвалидов работает 19,1%, из них инвалидов 1 группы – 6,1%, 2 группы – 14,2%, 3 группы – 32,6%. Число инвалидов трудоспособного возраста составляет 3801 человек или 29,4% от общего числа инвалидов, из них работает всего 25% инвалидов, что значительно ниже аналогичного показателя в европейских странах.

Численность инвалидов в возрасте 18 лет и более, нуждающихся в трудоустройстве в обычных условиях производства с предоставлением соответствующих условий труда в 2014 году составила около 630 тыс. человек, в специально созданных условиях труда и на дому - 473 тыс. человек.

Снижается численность безработных инвалидов, зарегистрированных в службе занятости: 152 тыс. человек в 2009 году и 82 тыс. в 2014 году; поставлено на учет безработных инвалидов - 270 тыс. в 2009 году и 138 тыс. в 2014 году; трудоустроено безработных инвалидов 70 тыс. в 2009 году и 56 тыс. в 2014 году. На квотируемые рабочие места трудоустроено более 5 тыс. инвалидов в 2009 году и только около 4 тыс. в 2014 году. Прошли профессиональное обучение через службу занятости 10 тыс. 2009 году и 7 тыс. в 2014 году.

Основными причинами недостаточной эффективности работы по профессиональной реабилитации инвалидов, в том числе их трудоустройства, являются:

- заявительный характер услуг службы занятости, отсутствие норм, обязывающих органы службы занятости работать в активном инициативном режиме с инвалидами не обратившимися, по разным причинам, за содействием в трудоустройстве;

отсутствие нормативов, определяющих персональное сопровождение инвалидов, которые не способны самостоятельно адаптироваться на новом рабочем месте в условиях открытого рынка труда;

отсутствие четких механизмов взаимодействия участников процесса профессиональной реабилитации инвалидов: органов службы занятости, учреждений МСЭ, работодателей, образовательных организаций, общественных объединений по оказанию инвалидам содействия в трудоустройстве и стабильном закреплении на рабочем месте.

Особенно сложная проблема занятости инвалидов с ментальными нарушениями. Для ее решения необходимо развивать специализированную инфраструктуру в регионах России и создавать специальные рабочие места в формате сопровождаемой социальной занятости под наблюдением медицинских специалистов.

Эффективным инструментом социально-трудовой (производственной) инклюзии и адаптации инвалидов, а также необходимым звеном в процессе профессиональной реабилитации представляется создание учебно-производственных мастерских и интеграционных предприятий, где инвалиды будут проходить профессиональную подготовку к трудоустройству в свободном рынке **труда.** Кроме того, возможности этих предприятий связаны также и **с** профориентацией инвалидов, уточнением индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов **и оценкой перспектив** трудоустройства в условиях свободного **рынка труда** или на специально созданных местах.

Важным аспектом профессиональной реабилитации является профессиональное образование.

По данным 2014 года 14,4% инвалидов от 15 лет и выше имеет высшее образование (27% по всему населению от 15 лет), среднее профессиональное – 25,3% (24,5% по всему населению от 15 лет), начальное профессиональное -19,2%; среднее (полное) общее – 28,6 % (24,5% по всему населению); основное общее – 14,6% (8,5% по всему населению); не имеют основного общего – 7,6% (1,5% по всему населению). Наглядно видно, что, например, процент инвалидов с высшим образованием в 2 раза ниже, чем всего населения, в то же время процент инвалидов с общим образованием несколько выше. Обращает на себя цифра, отражающая процент инвалидов, вообще не имеющих образования – 7,6%. Снижается число выпускников профессиональных образовательных организаций, осуществляющих подготовку специалистов среднего звена и образовательных организаций высшего образования: с 4008 человек в 2010 году до 2173 в 2015 в учреждениях СПО и с 2324 человек в 2010 году до 1380 в 2015 в вузах [3].

В качестве основных барьеров, препятствующих получению инвалидами профессионального образования, можно назвать следующие:

- низкая доступность учреждений профессионального образования для инвалидов;

- слабая техническая оснащенность процесса обучения и недостаток специальных образовательных программ;

- ограниченная транспортная доступность к образовательным учреждениям;

- низкая доступность услуг по психологической поддержке и социальной адаптации.

Обеспечение доступности профессионального образования инвалидов и лиц с ОВЗ с учетом рекомендации Конвенции ООН о правах инвалидов должно предполагать следующие основные направления:

- создание системы профессиональной ориентации;

- создание безбарьерной среды в образовательных организациях;

- развитие системы инклюзивного профессионального образования;

- внедрение дистанционных технологий и электронного обучения в систему профессионального образования;

- адаптация образовательного процесса, программ профессионального образования с учетом особых образовательных потребностей различных категорий студентов с ОВЗ и инвалидов;

- обеспечение индивидуализированного подхода к подбору наиболее эффективных методик и средств обучения на основе современных образовательных стандартов;

- комплексное сопровождение учебного процесса;

- содействие в освоении инвалидами различных средств и форматов общения, а также навыков ориентации и мобильности;

- подготовка выпускников-инвалидов к трудоустройству, к применению на практике полученных во время учебы компетенций;

- повышение квалификации преподавательского состава для углубления понимания особенностей инвалидности, освоения специальных альтернативных методов, методик, средств и форм обучения, форматов общения со студентами, имеющими различные образовательные потребности и ограничения жизнедеятельности.

Список литературы

1. Конвенция о правах инвалидов, принятая Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г. № 61/106 (по состоянию на 26 октября 2012 г.).– 2012. – 29 с.

2. Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Доступная среда" на 2011 - 2020 годы" (с изменениями и дополнениями): постановление правительства РФ от 1 декабря 2015 г. N 1297. - URL: http://base.garant.ru/71265834/ (дата обращения 15.08.2016).

3. Социальное положение и уровень жизни населения России – М.: Федеральная служба государственной статистики. - 2015 г. - URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b15_44/ Main.htm (Дата обращения 16.10.2016)

УДК 364.23+ 364.04+159.973

Вяхякуопус Е.М.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛЮДЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ В ФИНЛЯНДИИ

Проект ЕС «Развитие служб социального включения» 2015 – 2017
Скопье, Македония - Хельсинки, Финляндия

Vahakuopus J.

VOCATIONAL REHABILITATION OF PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITIES IN FINLAND

EU financed project “Promoting social inclusion services” 2015 – 2017.
Skopje, Macedonia - Helsinki, Finland

Ключевые слова: Профессиональная реабилитация; Нарушения интеллекта.

Keywords: Vocational rehabilitation; Intellectual disability.

Аннотация: Профессиональная реабилитация людей с нарушениями умственного развития в Финляндии направлена на повышение их работоспособности, включения в общество и удовлетворения жизнью. Основная цель - помочь клиенту найти подходящую работу на открытом рынке труда, а при невозможности этого - в защищенной мастерской или трудовом центре. Реабилитация может быть организована на обычном рабочем месте (на открытом рынке труда) или в специальном учреждении (реабилитационном или трудовом центре, центре дневной занятости, специальной мастерской, в образовательном учреждении). Необходимой частью профессиональной реабилитации является обследование - определение уровня трудоспособности, социальных навыков, трудовых навыков и профессиональных интересов. Проводит обследование и реабилитацию мульти-профессиональная команда специалистов. Сам клиент является членом команды. Профессиональная реабилитация начинается с общей оценки жизненной ситуации (социальной, трудовой, образовательной, семейной, психологической и т.д.) клиента. Анализируются ограничения, способности, возможности и трудности клиента, его ресурсы, профессиональные цели и устремления. Составляется индивидуальный план профессиональной реабилитации, на основании которого клиент проходит профессиональную реабилитацию на рабочем месте или в специальном учреждении (трудовом центре, мастерской). Виды реабилитации многообразны и могут включать профессиональную ориентацию, обучение профессии, повышение квалификации, улучшение и модификация рабочего

месте и рабочей среды, стажировки, поддерживаемое трудоустройство, всевозможные вспомогательные технические средства, психологическую поддержку, тренировку навыков самостоятельной жизни и самостоятельного передвижения, помощь в развитии навыков общения и многие другие.

Abstract: Vocational rehabilitation of people with intellectual disabilities in Finland aims at increasing their professional capacities, inclusion into society and well-being. The main goal is to help the client to find a suitable job in the open labor market, or, if this is not possible - in a sheltered workshop or work center. Rehabilitation can be organized on a regular workplace (open labor market) or in an institution (rehabilitation center, work center, day activity center, a sheltered workshop, or an educational institution). An essential part of vocational rehabilitation is the assessment - evaluation of wok capacities, social skills, professional skills and interests. Multi-professional teams of specialists provide assessment and rehabilitation. The client is a member of the team. Vocational rehabilitation begins with a general assessment of the client's overall life situation (social, employment, education, family, psychological, etc.) Limitations, abilities, possibilities of the client, and also barriers to work, resources, professional goals and aspirations – all these are evaluated and analyzed. The Individual Plan of vocational rehabilitation serves as a basis for the client's vocational rehabilitation in the regular workplace or in an institutional setting (the work centre, workshop). Models of rehabilitation may include vocational counseling, on job training, trials, professional development, improvement and modification of the workplace and the working environment, vocational training, supported employment, assistive technology, psychosocial support, training in life skills and independent mobility, support in communication skills and many others.

В Конвенции ООН о правах инвалидов [1] говорится о праве инвалидов на труд наравне с другими; включая право на получение возможности зарабатывать себе на жизнь трудом, который инвалид свободно выбрал или на который он свободно согласился, в условиях, когда рынок труда и производственная среда являются открытыми, инклюзивными и доступными для инвалидов. При этом государство должно наделять инвалидов доступом к программам технической и профессиональной ориентации, службам трудоустройства и профессиональному и непрерывному обучению и оказывать им помощь в поиске, получении, сохранении и возобновлении работы. Поощрение программ профессиональной реабилитации также является важной обязанностью государства.

В некоторых странах ЕС, в том числе и в Финляндии, разработаны стандарты профессиональной реабилитации инвалидов. Люди с любым видом нарушения умственного развития имеют право на получение реабилитации. В своем докладе я расскажу о том, как организован процесс профессиональной реабилитации людей с нарушениями интеллекта в Финляндии в настоящее время.

Профессиональная реабилитация – это разные меры, помогающие человеку получить работу, вернуться на работу или улучшить свою работоспособность. При этом сам человек принимает решения касательно своей реабилитации и работы. Специалисты не диктуют, а только помогают ему сделать свой собственный выбор. Профессиональная реабилитация направлена на повышение работоспособности людей, включения их в общество и удовлетворения жизнью. Целью профессиональной реабилитации является помощь клиенту в получении работы или учебы, или помощь в возвращении к работе, или помощь в том, чтобы клиент стал лучше справляться со своей работой. Нужно помочь клиенту найти работу на открытом рынке труда, а при невозможности этого - в защищенной мастерской или трудовом центре. Профессиональная реабилитация основана на научных знаниях, успешном практическом опыте, и на определенных этических принципах. Поставщики реабилитационных услуг должны использовать только те методы, эффективность которых доказана. Например, практикующий врач или психолог должен не только иметь основные теоретические и практические знания по профессиональной реабилитации, но и иметь доступ к новым, современным методам и примерам успешной практики и быть активным в поиске таких методов. Реабилитация нацелена не только на изменение самого человека, но и на изменение среды – как у него дома, так и на работе.

В работе с людьми с нарушениями умственного развития особенно важно избегать ненужных исследований и вмешательств, лишней тренировки и дидактизма. Оказание помощи должно быть быстрым, ограничено четками сроками и направлено на решение актуальных проблем в трудоустройстве. Важно своевременно оценить потребности в реабилитации, возможности и желания клиента, а также способы увеличения этих возможностей и устранения барьеров. Лучше всего реабилитация проходит на рабочем месте, но для людей с более тяжелыми и сложными нарушениями развития бывает необходима тренировка и реабилитация в рабочих клиниках, реабилитационных центрах и мастерских. Не все люди с нарушениями умственного развития могут зарабатывать на жизнь на открытом рынке труда. Многие из них нуждаются в специально организованной рабочей среде. Это может быть трудовой центр, центр дневной занятости или специальная мастерская, где каждый клиент находит себе занятие в соответствии с желаниями и возможностями. Подходящими работами могут быть плотницкие и столярные работы, шитье, вязание, сборка, фасовка и т.п.

Хорошие результаты показали прачечные, хлебопекарные, кондитерские, ткацкие мастерские, где могут работать люди с разными, в т.ч. и тяжелыми, формами нарушений развития. Важно стремиться к полезным результатам, производить настоящие товары, а не устраивать бессмысленные перебирания или производство никому не нужных вещей, которые выбрасываются сразу после изготовления.

Клиентом профессиональной реабилитации может стать любой взрослый человек до пенсионного возраста, который по причине болезни, травмы или инвалидности испытывает серьезные трудности в работе или учебе [2]. Услуги профессиональной реабилитации не могут оказываться людям, находящимся под влиянием наркотических или алкогольных веществ. Также нельзя предоставлять профессиональную реабилитацию клиентам с психическими и соматическими заболеваниями, если лечение этих заболеваний еще не начато, либо находится в стадии, когда клиенту трудно будет участвовать в реабилитации.

Услуги профессиональной реабилитации могут оказывать любые государственные, частные или общественные организации и учреждения, чьи услуги соответствуют установленным стандартам. Частные учреждения должны выигрывать тендер на оказание таких услуг.

Профессиональная реабилитация начинается с обследования [3] - оценки индивидуальных потребностей в профессиональной реабилитации, определения уровня трудоспособности, социальных навыков, трудовых навыков и профессиональных интересов. Обследование само по себе является реабилитацией. Все взрослые люди с нарушениями умственного развития (до пенсионного возраста) имеют право на такое обследование, если у них есть проблемы с работой. Цель обследования в профессиональной реабилитации - определить факторы, влияющие на способность человека работать и учиться, а также определить его потребности и возможности в реабилитации. В обследование не включаются дорогие или сложные медицинские обследования.

Проводит обследование и реабилитацию мульти-профессиональная группа (команда) специалистов, которая отвечает за планирование и исполнение реабилитационных услуг, а также за соответствие этих услуг потребностям клиента. Сам клиент является членом группы. Также его родные или опекуны принимают участие в работе группы. Группа состоит минимум из четырех специалистов: врача, психолога, социального работника и трудового инструктора.

При необходимости, особенно на стадии обследования, в группу включают также логопеда, нейропсихолога, физиотерапевта или специалиста по спортивной медицине, коррекционного педагога и других специалистов. Например, для обследования клиента с множественными нарушениями может понадобиться тифлопедагог или специалист по нарушениям слуха, или специалист по альтернативной коммуникации. Иногда бывает важно пригласить специалиста по обучению пользованию компьютером.

Один из членов мульти-профессиональной группы (не врач) становится персональным консультантом (тренером, инструктором) для клиента на весь реабилитационный период. Персональный инструктор помогает клиенту с нарушением умственного развития определить индивидуальные цели реабилитации, достигнуть их и контролировать их достижение. С разрешения клиента он устанавливает и координирует сотрудничество со

всеми необходимыми и важными для его реабилитации и трудоустройства организациями и специалистами, а также и с работодателем.

Помещение для проведения обследования должно включать, по меньшей мере, медицинский кабинет, а также тихую изолированную комнату для бесед и тестов, и спортивный зал. Длительность обследования и первого периода реабилитации определяется индивидуально. Обычно это занимает максимум 12 рабочих дней, плюс 1-3 дня на контрольное обследование, которое проводится спустя 6 – 12 месяцев. Начальный этап обследования занимает 2-3 дня и всегда проводится как один период. Обследование продолжается во время основного периода профессиональной реабилитации и длится максимум 9 дней (эти дни можно делить на 2-3, не более, периода). Один реабилитационный день длится от 5 до 8 часов. Одно занятие или интервью длится примерно час. Суббота и воскресенье - выходные дни.

Начальный этап профессиональной реабилитации направлен на общую оценку жизненной ситуации (социальной, трудовой, образовательной, семейной, психологической и т.д.) клиента и включает сбор сведений через интервью и изучение документов. В основе такого подхода лежит биопсихосоциальная модель реабилитации. Клиент (и его семья) знакомятся с мульти-профессиональной командой и персональным инструктором, который знакомит клиента с процессом реабилитации, программой, обязанностями сторон и т.п. Подчеркивается важность активного участия самого клиента в реабилитации и в составлении индивидуального плана реабилитации. Персональный инструктор спрашивает клиента, каковы его цели и желания в отношении трудоустройства или учебы. Беседа идет на такие темы, как: сильные стороны клиента, что он уже умеет и может делать, понимает ли он цели реабилитации, хочет ли он работать, какую работу он хотел бы для себя. После этого начинаются индивидуальные интервью с членами команды.

Врач проводит общее обследование (примерно 1 час). Врач оценивает функциональные возможности и возможности реабилитации с точки зрения здоровья клиента. Он также дает рекомендации к дополнительным медицинским обследованиям и консультациям специалистов. Социальный работник расспрашивает о жизненной ситуации клиента, его ближайшем окружении – сети поддержки, о помогающих и мешающих трудоустройству или учебе факторах. Он также рассказывает клиенту и его семье об учреждениях и организациях, которые могут оказать помощь клиенту в учебе, трудоустройстве и реабилитации. Психолог проводит беседу (1 час), и, при необходимости, назначает новые встречи для проведения дополнительного обследования и тестов. Психолог составляет заключение о психическом здоровье, способностям к обучению и оценивает функциональные способности и возможности клиента. Физиотерапевт проводит обследование (включая необходимые тесты) физического состояния, например, силы, выносливости и т.п. Трудовой инструктор анализирует профессиональные и трудовые навыки клиента, барьеры в

работе, возможности трудоустройства, предлагает попробовать различные виды работ, помогает найти место для стажировки или практики. Трудовой инструктор тесно сотрудничает с работодателями, трудовыми центрами, мастерскими.

В конце начального этапа мульти-профессиональная команда вместе с клиентом обсуждают результаты обследования и принимают решение о дальнейшей реабилитации. Они совместно начинают разрабатывать индивидуальный план профессиональной реабилитации и график его исполнения. Если в результате первичной оценки становится ясно, что клиент нуждается в первую очередь в лечении или медицинской реабилитации, то процесс профессиональной реабилитации на этом останавливается. Решение об этом принимается совместно с клиентом.

Основной этап реабилитации длится до 9 дней. На данном этапе более глубоко и со всех сторон изучается жизненная ситуация, ограничения, способности, возможности и трудности клиента, его психические ресурсы, профессиональные цели и устремления. Одновременно клиент получает информацию и советы по поиску работы, местам, где он ее может получить, о трудовой жизни и трудовых навыках. Клиенту оказывается помощь в выборе профессиональных целей. Проводятся индивидуальные, но чаще групповые занятия по повышению самооценки и мотивации к работе, коммуникации, по развитию социальных навыков, самообслуживанию, контролю своей жизненной ситуации. Также проводятся занятия на темы здорового образа жизни, правильного питания, показываются примеры физических упражнений, рекомендуются подходящие виды спорта и физической активности. Один-два члена семьи или опекун могут принимать участие в ряде бесед. Это помогает родным быть в курсе профессиональных планов своего родственника и поддерживать его в его планах. Также оказывается поддержка в поиске подходящей работы или учебы. Специалисты проводят анализ рабочей среды и, при необходимости, консультируют работодателя в регулировке и адаптации рабочего места и рабочей среды, а также в приобретении необходимого вспомогательного оборудования. При этом придерживаются принципа «разумного приспособления», что означает внесение необходимых модификаций, не становящихся несоразмерным или неоправданным бременем для работодателя. Государство обязано обеспечивать инвалидам разумное приспособление рабочего места. Конечным результатом основного этапа является детально прописанный индивидуальный план профессиональной реабилитации. Он включает описание дальних и ближних целей реабилитации, методы их достижения, график исполнения, описание основных трудностей и сильных сторон, как и кто отвечает за поддержку клиента, кто и когда проверяет исполнение плана. Через 6 – 12 месяцев после основного этапа вместе с клиентом проводится контрольная проверка исполнения индивидуального плана и достигнутых результатов.

После обследования, на основании индивидуального плана реабилитации, клиент проходит профессиональную реабилитацию на рабочем месте или в специальном учреждении (трудовом центре, мастерской). Виды реабилитации многообразны и могут включать профессиональную ориентацию, обучение профессии, повышение квалификации, улучшение и модификация рабочего месте и рабочей среды, стажировки, поддерживаемое трудоустройство, всевозможные вспомогательные технические средства, психологическую поддержку, тренировку навыков самостоятельной жизни и самостоятельного передвижения, помощь в развитии навыков общения и многие другие.

Обследование и реабилитация людей с тяжелыми и множественными нарушениями развития может проходить по другим схемам и стандартам.

Список литературы:

1. Конвенция о правах инвалидов, принятая Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г. № 61/106 (по состоянию на 26 октября 2012 г.).– 2012. – 29 с.
2. Закон о льготах и пособиях на реабилитацию Института социального страхования Финляндии (Пенсионное управление Финляндии KELA), 15.7.2005.
3. Стандарт амбулаторной и стационарной реабилитации Института социального страхования (Пенсионное управление Финляндии KELA). Исследование в профессиональной реабилитации. Действительно с 1.1.2015.

УДК 616-036.86:006.32.004

Фраттура Лусилла

ИНФОГРАФИЧЕСКОЕ СЕМЕЙСТВО ИНДИКАТОРОВ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ (FAFI): КАК ИЗМЕРИТЬ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ НА ПРАКТИКЕ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МКФ.

Отдел классификаций, Локальное управление здравоохранения №2 Басса Фриулана - Изонтина, Удине, Италия, и Сотрудничающий центр ВОЗ по семейству международных классификаций в Италии
Регион Фриули-Венеция-Джулия, Удине, Италия

Frattura Lucilla

THE INFOGRAPHIC FAMILY OF FUNCTIONING INDICATORS (FAFI): HOW TO MEASURE OUTCOMES IN PRACTICE USING ICF.

Classifications' Area, Local Health Authority n.2 Bassa Friulana – Isontina, Udine Italy, and Italian WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications, Regione Friuli Venezia Giulia, Udine, Italy

Ключевые слова: МКФ, показатели результатов, количественные показатели

Keywords: ICF, outcomes indicators, quantitative measures

Аннотация: В статье дана современная трактовка вопросов инвалидности для обеспечения достоверности статистических данных с учетом семантики и синтаксиса Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), с упором на нее как на необходимый шаг развития. Семейство индикаторов функционирования разработано сотрудничающим центром ВОЗ по семейству международных классификаций (Италия); алгоритмы и весовые характеристики применяются к наборам данных МКФ. Были собраны данные 490 амбулаторных пациентов для описания ситуаций лечения лиц с положительными и проблемными результатами. Использовались определители МКФ по показателям функционирования и нетрудоспособности в контексте положительного и отрицательного взаимодействия между индивидуумом с его состоянием здоровья и факторами окружающей среды. Показатели были автоматически рассчитаны с помощью веб-приложения, разработанного тем же центром.

Abstract: The conceptualization of disability for elegibility or statistical purposes was re-formulated taking into account ICF semantics and syntax and condidering it as an outcome. A family of functioning indicators was defined by the Italian WHOFIC Collaborating centre, and algorithms and weights have been applied to ICF data sets. The indicators were authomatically calculated by a web application develobed by the same Center and data on 490 outpatients were collected in order to describe the prevalence of persons with positive and problematic outcomes, utilizing the ICF definitions of functioning and disability as positive and negative interactions between an individual with an health condition and his/her contextual factors.

Введение

Принимая во внимание Международную классификацию функционирования, инвалидности и здоровья (МКФ), разработанную Всемирной организацией здравоохранения необходимо различать описание

функционирования и функциональную оценку как два разных понятия. Пауэлл Лоутон дал первое определение функциональной оценки в 1970 году. По его определению, функциональная оценка представляет собой любые систематические попытки объективно измерить уровень, на котором человек функционирует в различных сферах. Это определение послужило основой для разработки большого количества инструментов оценки. В 2001 году ВОЗ была принята классификация МКФ; она ввела новую концептуализацию синтаксиса и семантики для описания функционирования как ряда аспектов взаимодействия между людьми и ситуативными факторами. В этом смысле функционирование как аспект взаимодействия человека и контекста описывается с помощью МКФ, но описание, сделанное на базе этой классификации, не является мерой функционирования. Одной из основных проблем при описании функционирования/инвалидности с использованием МКФ является сравнение описываемых лиц на базе различных кодовых подмножеств и различных способов операционализации понятий МКФ в терминах функционирования/инвалидности. Целью данной работы является введение понятия Инфографического семейства индикаторов функционирования. Оно было разработано командой Сотрудничающего центра ВОЗ в Италии, который предложил концепцию семейства индикаторов функционирования для оценки результатов, сравнения отдельных функциональных профилей, в целях расчета распространенности инвалидности и заболеваемости в соответствии с МКФ и с Конвенцией ООН о правах инвалидов.

Материалы и методы

а) Алгоритмы:

1) Операционализация понятия функционирования и инвалидности с учетом определений, используемых в МКФ, Приложение 2.

Согласно определению Констанчек [3], «Инвалидность и функционирование являются, в соответствии с моделью МКФ, результатом взаимодействия между состоянием здоровья (болезни, расстройства и травмы) и контекстуальными факторами». Определение инвалидности в рамках классификации МКФ как негативных аспектов взаимодействия человека с его состоянием здоровья и его контекстуальными факторами было операционализировано, и были определены различные алгоритмы для положительных и отрицательных аспектов в одном функциональном профиле. Значение определителя реализации ".1" использовался в качестве границы. Использование показателей-факторов окружающей среды предполагалось для различения «среды, свободной от внешних факторов» от «среды, обусловленной внешними факторами» с точки зрения взаимодействия. Каждый профиль был визуализирован с использованием четырех различных цветов: желтый и красный означают инвалидность (варианты: свобода от внешних факторов и обусловленность внешними

факторами), а светло- и темно-зеленый цвета означают функционирование (варианты: свобода от внешних факторов и обусловленность внешними факторами).

Различие функционирования/инвалидности производится на основании первого определителя по МКФ: функции организма (BF), структуры организма (BS), активность и участие (AP), с учетом наличия/отсутствия факторов окружающей среды для каждого компонента. Функционирование относится к значениям определителя 0 и 1, в то время как инвалидность описана определителями 2, 3, и 4.

Алгоритм различает четыре ситуации.

2) Группы категорий и их оценка

Категории BF были сгруппированы в пять областей по выбранным категориям: нейро-мышечно-скелетные функции и функции, вязанные с движением (NMF) (b176, b710, b730, b735, b760, b7459); сенсорные функции (SF) (b210, b230, b235, b280); ментальные функции 1 (MF1) (b110, b122, b126, b130, b147, b152, b160, b180); ментальные функции 2 (MF2) (b114, b117, b134, b140, b144, b156, b164, b167); прочие функции (OF) (b310, b330, b410, b420, b430, b435, b440, b515, b525, b530, b545, b550, b555, b620, b640, b650, b810).

AP категории были сгруппированы в 9 групп согласно 9 доменам МКФ (d1 Обучение и применение знаний; d2 Общие задачи и требования; d3 Коммуникация; d4 Мобильность; d5 Самообслуживание; d6 Бытовая жизнь; d7 Межличностные взаимодействия и отношения; d8 Основные сферы жизни; d9 Общество, социальная и гражданская жизнь).

Разным категориям были приписаны разные значения на основании таблицы значений, используемой в другом итальянском регионе, где была внедрена классификация МКФ.

3) Расчет показателей

Взвешенные категории были суммированы с учетом различия между функционированием и нетрудоспособностью в целях расчета показателей в индивидуальном порядке.

б) Веб-приложение

Указанные алгоритмы были реализованы в конкретном веб-приложении, с присвоением цвета каждому показателю. Все показатели, характеризующие функционирование, представлены в оттенках зеленого цвета, а описывающие инвалидность - красным и желтым цветом. Веб-приложение, рассчитывающее показатели, было разработано командой итальянского сотрудничающего центра.

в) Сбор данных и автоматизированный расчет показателей

Был внедрен специальный формат для сбора информации. 480 амбулаторных пациентов (моложе 65 лет, включая детей и подростков) были проанализированы в течение трех лет квалифицированными специалистами.

Результаты

а) Инфографическое семейство индикаторов функционирования включало:

• Кумулятивный коэффициент функционирования (CFR), представленный в оттенках красного и зеленого;

• Индекс функционирования (IoF) в зеленых тонах, в том числе связанный с окружающей средой (IoF_{ER}) в темно-зеленом цвете, и не связанный с окружающей средой (IoF_{EF}) в светло-зеленом цвете;

• Индекс нетрудоспособности (IoD) в оттенках красного, в том числе связанный с окружающей средой (IoD_{ER}) в красном цвете, и не связанный с окружающей средой (IoD_{EF}) в желтом цвете.

IOF включает два суб-индикатора: IOF с присутствием факторов окружающей среды, и IOF без влияния факторов окружающей среды. Первый указывает, какую роль играют факторы окружающей среды в генерировании функционирования. Второй указывает на здорового человека. Точно так же, IoDis включает два суб-индикатора: IoD с присутствием факторов окружающей среды, и IoD без влияния факторов окружающей среды. Первый индикатор показывает, сколько еще проблем нужно преодолеть, несмотря на присутствие факторов окружающей среды. Второй показывает нерешенные аспекты.

Все показатели могут рассчитываться отдельно для компонентов BS, BF и AP. Кумулятивный коэффициент функционирования рассчитывается исходя из частичных FR значений. Его общее значение равно 1. Сумма IoF и IoDis равна 1. Если значение IoF равно 1, тогда Кумулятивный коэффициент функционирования имеет значение 1. Это означает, что профиль имеет зеленый цвет, и инвалидность не имеет места в индивидуальном профиле. Чем выше IoF, тем лучше функционирование.

б) Кумулятивным коэффициентом функционирования или FR диапазоном были определены восемь классов «функционирования»/

Были разработаны функциональные рейтинги для классификации взаимодействий человека и среды в соответствии с их качеством. Была введена система, включающая обозначения, напоминающие классность гостиницы (где большее число звезд указывает на бóльшую роскошь). Эта система была названа «Эколейбел Уилиа ФАБЕР» («Ecolabel Vilma FABER»); ряд «сфер» от 1 до 4 указывают на большую удовлетворенность качеством/успехом/потребностями. Ряд смайликов от 1 до 4 указывает на наличие бóльших проблем в удовлетворении потребностей успех/неуспех.

CFR = 1

1 < CFR ≥ 0.86

0.86 < CFR ≥ 0.71

0.71 < CFR ≥ 0.55

0.55 < CFR ≥ 0.40

0.40 < CFR ≥ 0.25

0.25 < CFR ≥ 0.10

0.10 CFR ≥ 0.00

0.11

0.12

CFR - Кумулятивный коэффициент функционирования

а) Исследователи обратились к медицинским учреждениям: местные службы охраны психического здоровья (N = 133), местные службы лечения детей с ограниченными возможностями (N = 173) и местные службы лечения взрослых с ограниченными возможностями (N = 184) - для описания 490 случаев амбулаторных больных в контексте оценки ресурсов, вложенных в их лечение. Данные для трех групп приведены для того, чтобы сравнить соответствующие ресурсы и соотнесенные результаты по линии успехов в прогрессе функционирования больных. Взрослые пациенты, проходящие лечение в службах охраны психического здоровья, показали лучшие результаты, чем две другие группы (Кумулятивный коэффициент функционирования > 0,86). Инвестиции в лечение были различны в трех группах и внутри каждой группы в трех различных кластерах. В указанных клиниках подход к проблемам функционирования и здоровья был одинаковым ко всем оцениваемых пациентам. Тем не менее, полученные результаты по линии функционирования не были равномерно распределены.

б) амбулаторные пациенты были сгруппированы по возрасту и по клиничесмким характеристикам для того, чтобы продемонстрировать различия по разным параметрам. Почти 11,6% от общей выборки показали более высокие цифры «нетрудоспособности» по сравнению с показателем «функционирование» в функциональном профиле (H. = 57). Примерно 7,5% от общей выборки (N. = 37) показали только цифры по «функционированию» (рис. 3, 4). Амбулаторные больные, курируемые локальными службами психического здоровья, показали самые высокие значения CFR (74 случая, 55%).

Выводы

Инфографическое семейство индикаторов функционирования позволяет сравнить результаты по отдельному человеку и в рамках выборки населения.

Кумулятивный коэффициент функционирования позволяет сравнивать индивидуальные профили функционирования. Он специфицирует роль факторов окружающей среды в функционировании человека и показывает, что результаты функционирования не зависят напрямую от объема инвестиций.

Исследование показало распределение баланса между функционированием и нетрудоспособностью в континууме отдельного профиля и в целом. Стандартный взгляд на корреляцию между спектром заболеваний (в частности, тяжелые психические расстройства) и инвалидностью, как мы полагаем, опровергнут.

Тяжелая инвалидность, согласно значению Кумулятивного коэффициента функционирования <0,55, представляет лишь небольшой процент в оцениваемой когорте.

В будущем необходимо собрать данные по большей выборке для подтверждения указанных результатов.

Алгоритм исследования инвалидности в глобальном масштабе мог бы быть подкреплен нашим пониманием того, как собирать и анализировать данные, кодированные в рамках классификации МКФ. Оценка масштабности бремени инвалидности может быть пересмотрена.

Список литературы

1. Пауэлл Лоутон. Функциональная оценка возможностей пожилых людей. Журнал Американского гериатрического общества, том 19, выпуск 6, страницы 465-481, июнь 1971 г.
2. Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, Женева 2001 г.
3. Констансек Н. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) как концептуальная основа и общий язык в статистике инвалидности и в информационных системах в сфере здравоохранения. Британский медицинский совет. Общественное здоровье. 2011; 11 (Приложение 4): S3.
4. Франсескутти С, Гонголо Ф, Симонселло А, Фраттура Л. Описание взаимодействия человек-среда обитания: методологические вопросы и эмпирические результаты крупного исследования итальянских ученых в области оценки инвалидности на базе протокола, использующего классификацию МКФ, Британский медицинский совет. Общественное здоровье. 2011 Май 31; 11 Приложение 4:S11.

5. Фраттура Л. и др. Инфографическое семейство функционирующих индикаторов. Бюллетень Ежегодного собрания 2015 г. Всемирной организации здравоохранения касательно Семейства международных классификаций (http://www.who.int/classifications/2015_WHOFIC_Poster_Booklet.pdf?ua =1. октябрь 2016 г.)
6. Фраттура Л. и др. Баланс нетрудоспособность/функционирование и степени инвалидности: некоторые доказательства континуума Бюллетень Ежегодного собрания 2016 г. Всемирной организации здравоохранения касательно Семейства международных классификаций (http://www.who.int/classifications/network/meeting2016/2016_WHOFIC_ Poster_Booklet.pdf?ua=1. октябрь 2016 г.)

УДК 616-036.86:006.32.004

Frattura Lucilla

THE INFOGRAPHIC FAMILY OF FUNCTIONING INDICATORS (FAFI): HOW TO MEASURE OUTCOMES IN PRACTICE USING ICF.

Classifications' Area, Local Health Authority n.2 Bassa Friulana – Isontina, Udine Italy, and Italian WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications, Regione Friuli Venezia Giulia, Udine, Italy

Keywords: ICF, outcomes indicators, quantitative measures

Abstract: The conceptualization of disability for elegibility or statistical purposes was re-formulated taking into account ICF semantics and syntax and condidering it as an outcome. A family of functioning indicators was defined by the Italian WHOFIC Collaborating centre, and algorithms and weights have been applied to ICF data sets. The indicators were authomatically calculated by a web application develobed by the same Center and data on 490 outpatients were collected in order to describe the prevalence of persons with positive and problematic outcomes, utilizing the ICF definitions of functioning and disability as positive and negative interactions between an individual with an health condition and his/her contextual factors.

Introduction

Considering the World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF), functioning description and functional

assessment need to be distinguished as two different concepts. Powell Lawton wrote the first definition of functional assessment in 1970. He said that functional assessment was any systematic attempt to objectively measure the level at which a person is functioning in a variety of domains. This definition guided the development of a great number of assessement tools. In 2001 ICF was approved and it introduced a new conceptualization of functioning new syntax and semantics to describe functioning as aspects of the interaction between individuals and their contextual factors. In this sense, functioning as aspects of a individual/context interaction is describable using ICF but the description made using ICF is not a functioning measure. One of the main problems in functioning/disability description using ICF is to compare persons that are described using different code subsets and different ways for operationalizing the ICF functioning/disability constructs. The aim of this paper is to introduce the Family of Functioning Indicators (FaFI). It was developed by the team of the Italian WHO Collaborating centre for the Family of international classifications in order to measure outcomes, to compare individual functioning profiles, to calculate prevalence and incidence of disability according to the ICF and the UNCRPD.

Materials and methods

a) Algorithms:

1) Operazionalization of functioning and disability construct taking into account the definitions used in ICF, Annex 2.

Quoting Konstanjsek, "Disability and functioning are, according to the ICF model, outcomes of interactions between health conditions (diseases, disorders and injuries) and contextual factors". The ICF definition of "disability" as the negative aspects of the interaction between an individual with a health condition and his/her contextual factors was operationalized and different algorithms were defined for distinguishing positive and negative aspects in a single functioning profile. The performance qualifier value .1 was used as cutoff. The presence of EFs was also considered to distinguish "environment-free" interactions from "environment-related" interactions. Each profile was visualized using four different colors: yellow and red mean disability (environment-free and environment-related) and light and dark green mean functioning (environment-free and environment-related).

The functioning/disability distinction is made on the basis of the first ICF qualifier value in the Body Functions (BF), Body Structures (BS), and Activities and Participation (AP) components considering the presence/absence of Environmental Factors for each component. Functioning is related to the qualifier values 0 and 1, whereas disability is related to the qualifier values 2, 3, and 4.

The algorithm distinguishes four different situations.

2) Grouping categories and weithing them

BF categories were grouped into five domains gouping selected categories: Neuromuscoloskeletal and movement-related Functions (NMF) (b176, b710, b730, b735, b760, b7459); Sensory Functions (SF) (b210, b230, b235, b280); Mental

Functions 1 (MF1) (b110, b122, b126, b130, b147, b152, b160, b180); Mental Functions 2 (MF2) (b114, b117, b134, b140, b144, b156, b164, b167); Other Functions (OF) (b310, b330, b410, b420, b430, b435, b440, b515, b525, b530, b545, b550, b555, b620, b640, b650, b810).

AP categories were grouped in 9 groups according to the 9 ICF chapters (d1 Learning and applying knowledge; d2 General tasks and demands; d3 Communication; d4 Mobility; d5 Self-care; d6 Domestic life; d7 Interpersonal interactions and relationships; d8 Major life areas; d9 Community, social and civic life).

Different weights were attributed to different categories, referring to a weight table used in another Italian Region that has been implementing ICF.

3) Calculating the indicators

The weighted categories were summed up considering the distinction between functioning and disability in order to calculate indicators individually.

b) Web application

The algorithms were implemented in a specific web application and assigment of a colour to each indicator. All the indicators describing Functioning are shown in shades of green, all those describing Disability are shown in red and yellow. The web application that calculates the indicatores was developed by the team of the Italian collaborating centre.

c) Data collection and automated calculation of the indicators

An ad hoc format to collect information was set up. 480 oupatients > 65 years (including children and youth) were enrolled during three years by trained professionals.

Results

a) The infographic FaFI is composed of:

- Cumulative Functioning Ratio (CFR) in shades of red and green;
- Index of Functioning (IoF) in shades of green, comprising Index of Functioning, environment related (IoF_{ER}) in dark green; Index of functioning, environment free (IoF_{EF}) in light green;
- Index of Disability (IoD) in shades of red, comprising Index of Disability, environment related (IoD_{ER}) in red; and Index of Disability, environment free (IoD_{EF}) in yellow.

IoF is comprised of two sub-indicators: IoF with EFs presence and role, and IoF without EFs role. The first indicates how much of a role the EFs play in generating functioning. The second shows the healthy individual. Similarly, IoD is made up of two sub-indicators: IoD with EFs presence and role, and IoD without EFs role. The first indicator show how many problems still remain to be overcome despite EFs presence. The second shows the abandoned aspects.

All the indicators may be calculated separately for the BS, BF and AP components. The CFR is calculated starting from the partial FR values. Its total value is 1. The sum of IoF and IoD is 1. If IoF value is 1, then CFR value is 1. This means that the profile is green, and there is no disability in the individual profile. The higher the IoF, the better the functioning.

b) Eight classes of «functioning» were defined by CFR or FR value ranges.

Functioning ratings were developed to classify person-environment interactions according to their quality. A system was introduced involving something like hotel stars (where a greater number of stars indicating greater luxury). This system was called "Ecolabel VilmaFABER" and a number of "spheres" from 1 to 4 indicates greater quality/success/needs satisfaction. A number of emoticons from 1 to 4 indicates greater problems in needs satisfaction/unsuccess.

CFR = 1
1 < CFR ≥ 0.86
0.86 < CFR ≥ 0.71
0.71 < CFR ≥ 0.55
0.55 < CFR ≥ 0.40
0.40 < CFR ≥ 0.25
0.25 < CFR ≥ 0.10
0.13 CFR ≥ 0.00
0.14

a) 490 outpatients under the care of community-based mental health services (N= 133), community-based services for children with disabilities (N= 173) and community-based services for adults with disabilities (N=184) were assessed in order to describe the mix of resources invested in their functioning. The data for the three groups are shown in order to compare the corresponding mix of resources and the associated functioning results. Adults under the care of community-based mental health services showed better functioning outcomes than the other two groups (CFR > 0.86). Investments in functioning were different among the three groups, and, inside each group, among three different clusters. The community-based approach to functioning and health was the same for all assessed persons. Nevertheless the obtained functioning results were not equally distributed.

b) The outpatients were grouped by age and health service in order to show the differences across settings. Nearly 11.6% of the overall sample showed more "disability" than "functioning" in the functioning profile (N. = 57). Nearly 7.5% of the overall sample (N. = 37) showed only "functioning" (Fig. 3, 4). Outpatients cared by community mental-health services showed the highest CFR values (74 cases, 55%).

Conclusions

The FaFI allows to compare oucomes in single individual and in poplations samples.

CFR allows to distinguish individual functioning profiles. It clarifies the role of EF in functioning and shows that results in functioning do not directly depend on the amount of investments.

It was possible to show how the balance between functioning and disability was distributed in a continuum in a single profile and in a cohort. The common thinking of the correspondence between a spectrum of diseases (i.e. severe mental disorders) and disability seems to be invalidated.

The severe disability as measured by CFR <0.55 represented a very small minority in the evaluated cohort.

It will be necessary to collect data on a larger sample to confirm these results.

The design of a world disability survey could be supported by our understanding on how to collect and analyze ICF coded data. The burden of disability could be recalculated.

УДК 331, 364.23

Е.М. Старобина, Е.О. Гордиевская, И.Е. Кузьмина

ПРИЧИНЫ НИЗКОЙ ЗАНЯТОСТИ ИНВАЛИДОВ В РФ

ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России,
Санкт-Петербург

Starobina E. M., Gordievskaya E. O., Kuz'mina I. E.

THE REASONS FOR THE LOW EMPLOYMENT OF PERSONS WITH DISABILITIES IN RUSSIA

St. Petersburg Scientific and Practical Center of Medical-Social Expertise, Prosthetics and Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: низкий уровень занятости, трудоустройство, инвалиды

Keywords: low employment, disabled employment, persons with disabilities

Аннотация. Приводятся результаты проведенного авторами исследования, нацеленного на выявление причин низкой занятости инвалидов в Российской Федерации.

Abstract. The article presents the results of the authors of the study, aimed at identifying the reasons for low employment of persons with disabilities in the Russian Federation.

В настоящее время в РФ из 2,57 млн. инвалидов, которые находятся в трудоспособном возрасте, работает только 817,2 тыс. человек (31,9%). Соответственно проблема низкой занятости на рынке труда инвалидов, имеющих трудовые рекомендации, остается перманентно актуальной и требует своего изучения. Целью настоящего исследования явилось изучение причин низкой занятости инвалидов на рынке труда, с целью их оптимального разрешения и создания наиболее благоприятных условий для трудоустройства инвалидов, имеющих трудовые рекомендации.

Исследование причин низкой занятости инвалидов, имеющих трудовые рекомендации, является необходимым условием для разработки комплекса мер, предусматривающих создание условий для расширения возможностей занятости инвалидов путем, в том числе, реализации мероприятий по содействию трудоустройству незанятых инвалидов на оборудованные (оснащенные) рабочие места с учетом индивидуальных возможностей и индивидуальных программ реабилитации инвалидов.

Исследование проводилось на базе СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта. В качестве респондентов в исследовании приняли участие 459 специалистов, из них: учреждений МСЭ – 285 человек; учреждений социального обслуживания – 53 человек; общественных организаций – 43 человека; службы занятости – 30 человек; работодателей – 48 человек. По Федеральным округам, где был проведен опрос, специалисты распределились следующим образом: 1. Северо-западный округ - 52 человек; 2. Центральный округ - 48 человек; 3. Южный округ - 12 человек; 4. Уральский и Приволжский округа - 64 человек; 5. Северный Кавказ - 20 человек; 6. Сибирский округ - 56 человек; 7. Дальневосточный округ - 33 человека.

В опросе приняли также участие 135 инвалидов, проходивших восстановительное лечение в ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, проходивших реабилитацию в СПб ГБУ «Центр медико-социальной реабилитации инвалидов по зрению» («ЦМСРИЗ»), обучавшихся в СПб профессиональном реабилитационном лицее (ПРЛ), в СПб Профессионально-реабилитационном центре (ПРЦ), участники Ярмарок вакансий и др.

В исследовании использовались следующие методы: метод анализа нормативных документов, метод анализа научной и методической литературы по проблеме, также использовались методы эмпирического исследования: анкетирование, интервьюирование, метод экспертного опроса,

документальный метод с использованием материалов реабилитационно-экспертной диагностики, мониторинг, методы наблюдения и беседы, математико-статистический метод.

Для решения задач исследования был создан инструмент - анкета, представляющая собой совокупность определённым образом структурированных логически связанных вопросов, соотносящихся с целями и задачами исследования. В основу содержания анкеты для специалистов был положен перечень причин низкой занятости инвалидов на рынке труда, который был составлен на основе анализа отечественной и зарубежной литературы по данной проблеме.

Шкала данной Анкеты для специалистов состояла из четырёх вариантов ответов, которым соответствовали упорядоченные изменения значения изучаемого признака от минимального значения через среднее к максимальному значению (от 0 баллов до 3 баллов).

Анкета для инвалидов включала две части: первая состояла из вопросов демографического характера, позволяющих охарактеризовать социально-экономическое положение инвалидов, в том числе имеющих трудовые рекомендации, но не занятых в трудовой деятельности. Вторая - включала вопросы, касающиеся непосредственно проблем незанятости инвалидов на рынке труда. Массив данных, полученных в результате обработки материала опроса, был подвергнут математическому анализу с использованием инструментов статистической обработки (средняя арифметическая, среднее квадратическое отклонение (сигма), средняя ошибка достоверности, дисперсия, ранговая корреляции по Пирсону). Оценка достоверности результатов исследования осуществлялась с применением критерия *t*-Стьюдента.

Было установлено, что подавляющее большинство опрошенных инвалидов имело трудовые рекомендации. Полученные данные свидетельствуют о том, что для значительной части опрошенных инвалидов (58,0%) характерны затруднения при определении типа учреждения, в котором бы они хотели работать; для большинства респондентов характерно, что они достаточно длительное время не заняты в трудовой деятельности, от 1 года и свыше 3-хлет. Полученные данные также свидетельствуют о том, что большинство инвалидов переживает финансовый дефицит для удовлетворения своих как материальных, так и духовных потребностей и что основным мотивом поиска работы для них является обеспечение личных материальных потребностей - 65,9%, второе место принадлежит мотиву обеспечения семьи.

Предпочтительным для данного контингента инвалидов является выбор уже имеющейся профессии (по которой работали ранее), а также профессии без повышенной физической нагрузки. В качестве ведущей причины, затрудняющей трудоустройство, респондентами указывалось состояние своего здоровья. При явной недооценке инвалидами возможностей Службы занятости (низок процент обращения опрошенных),

ведущей причиной их обращения в данное учреждение является намерение получить новый профессиональный статус с помощью службы занятости.

Было установлено, что причины низкой занятости инвалидов на рынке труда носят как объективный, так и субъективный характер. Среди объективных причин можно назвать следующие: отсутствие службы персонального сопровождаемого трудоустройства (ПСТ) инвалидов, отсутствие у работодателей стимула для принятия на работу инвалидов, отсутствие достаточного количества специальных рабочих мест, отсутствие вакансий на рынке труда.

Основными субъективными причинами низкой занятости инвалидов являются ограничения, обусловленные состоянием здоровья, недостаточной профессиональной информированностью, снижением мотивации на труд, обусловленной низкой социальной адаптацией.

Анализ результатов опроса инвалидов в целом показал, что наиболее значимыми, по их мнению, причинами низкой занятости инвалидов, имеющих трудовые рекомендации, на рынке труда, по частоте выборов являются следующие. В большом отрыве от показателей по другим признакам (причинам) самый высокий рейтинг получили «ограничения из-за состояния здоровья». Эту причину указали 77,8% (105 выборов) опрошенных респондентов-инвалидов. Второе место по рейтингу принадлежит такой ПНЗ как «не хватает информации по трудоустройству». На нее указали 29,6% респондентов (40 выборов). На третьем месте по рейтингу находится такой признак как «неуверенность в своих силах». На данную ПНЗ указали 28,1% респондентов-инвалидов (38 выборов).

Такие причины как «отсутствие специальности» и «семейные обстоятельства» составили соответственно 18,5% (25 выборов) и 17,8% (24 выборов). Невысокий рейтинг получили такие причины как «не устраивают условия и режим работы» - 14,8% (20 выборов) и «психологические проблемы» - 14,1% (19 выборов). Также невысокий рейтинг получили у инвалидов такие причины как «опасения недоброжелательного отношения со стороны других людей» - 12,3% (17 выборов), «требуется специальное рабочее место» - 10,4% (14 выборов), «трудности при переговорах с работодателем» - 8,9% (12 выборов), «наличие зависимостей (диеты, лекарства, алкоголь и др.) – 8,9% (12 выборов). Самый низкий рейтинг по значимости среди ПНЗ инвалидов получили такие признаки (причины) как «отсутствие желания работать» - 5,9% (8 выборов) и «сложно ориентироваться в городских условиях» - 5,9% (8 выборов), «опасения лишиться части льгот» - 4,4% и «устраивает сидеть дома и не работать» - 2,2%.

В результате сравнения данных опроса инвалидов и анкетирования специалистов было установлено, что в профилях оценок ПНЗ инвалидами и специалистами были выявлены как синергичные, так и антагонистические соотношения. А именно:

- инвалиды и специалисты одинаково высоко оценивают значение для трудоустройства таких ПНЗ как «ограничения по состоянию здоровья», «недостаток информации по трудоустройству». «нежелание работодателей принимать на работу», «отсутствие индивидуального сопровождения по трудоустройству», «не устраивают условия труда и режим работы», «не устраивает заработная плата» и др.,

- низкий рейтинг как у инвалидов, так и у специалисто получили такие ПНЗ как: «сложно ориентироваться в городских условиях», «опасения недоброжелательного отношения других», «трудности при переговорах с работодателями», «зависимости (диета, лекарства, алкоголь)» и др.

К противоположным оценкам ПНЗ инвалидами и специалистами относятся следующие:

- фактор «отсутствует желание работать» большинство специалистов рассматривают, как элементарное нежелание инвалидов трудиться и присваивают данной причине высокий ранг. Инвалиды, напротив, присваивают данной причине низкий ранг и мотивируют свой отказ от трудоустройства несоответствием варианта работы своим возможностям.

- фактор «опасение лишиться части льгот» специалисты рассматривают как затрудняющий трудоустройство. Инвалиды присваивают данной ПНЗ низкий ранг, поскольку большинство из них планируют зарплату свыше 10 тысяч и готовы отказаться от льгот в случае успешного трудоустройства.

- фактор «семейные обстоятельства» высоко оценивается специалистами, как барьер к трудоустройству. Инвалиды оценивают данный фактор ниже среднего. По данным интервью, семейные обстоятельства являются скорее побудительным фактором к трудоустройству, особенно если семья нуждается в материальном обеспечении.

Таким образом, на основании анализа результатов исследования можно констатировать, что в качестве объективных значимых причин незанятости инвалидов, как правило, выступают следующие: отсутствие службы сопровождения трудоустройства, отсутствие у работодателей стимула для принятия на работу инвалидов, низкая доступность предприятий и организаций, отсутствие достаточного количества специальных рабочих мест на предприятиях, приспособленных для работы инвалида, работодатели не видят в инвалидах полноправных сотрудников и считают трудоустройство людей с ограниченными возможностями здоровья большой проблемой, требующей к тому же существенных дополнительных затрат для оборудования рабочих мест.

Среди наиболее значимых субъективных причин можно назвать такие, как психологические проблемы, низкий уровень социальной адаптации, в том числе на рынке труда.

Результаты анализа полученных данных, анализа факторов, препятствующих выходу инвалидов на рынок труда, позволяют сформировать направления совершенствования работы по трудоустройству

инвалидов в процессе профессиональной реабилитации, начиная с формулировки мероприятий в индивидуальной программе реабилитации.

УДК 616.28-008.1-056-24:616.001.33(100)

Козлова С.В.

ПОСТРОЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНА СЛУХА С УЧЕТОМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ

Республиканский научно-практический центр оториноларингологии, Минск, Беларусь

Kozlowa S.W.

CONSTRUCTION OF THE INDIVIDUAL PROFILE OF FUNCTIONING OF PATIENTS WITH CONSEQUENCES OF AUDITORY ORGAN DISEASES TAKING INTO ACCOUNT INTERNATIONAL CLASSIFICATION ON FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH

Republican Scientific and Practical Centre of Otorhinolaryngology, Minsk, Belarus

Ключевые слова: Конвенция ООН о правах инвалидов, медико-социальная экспертиза и реабилитация, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), структуры организма, функции организма, активность и участие, факторы окружающей среды, МКФ-профиль пациентов с последствиями заболеваний органа слуха.

Keywords: UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, International Classification on Functioning, Disability and Health (ICF), body structures, body functions, activities and participation, environmental factors, the ICF-based profile of patients with consequences of auditory organ diseases.

Аннотация. В работе изложены подходы к применению Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в организации и проведении медико-социальной экспертизы и реабилитации. Разработан перечень критериев и метод количественной оценки степени выраженности нарушений структур и функций организма, ограничений активности и ограничений возможности участия пациентов с последствиями заболеваний органа слуха с учетом позитивного (облегчающие факторы) и негативного (барьеры) влияния факторов окружающей среды. Разработаны основные принципы

формирования МКФ-профиля у пациентов с последствиями заболеваний органа слуха.

Abstract. The article contains approaches to International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) use in organization and medical and social expertizing and rehabilitation. The range of criteria and method of quantitative assessment of intensity degree of organism functions and structures violation, inhibition of work and social abilities of patients with consequences of hearing organ diseases in compliance with positive (relieving factors) and negative (barriers) effect of environmental factors were developed. The key principles of ICF profile were developed in patients with consequences of hearing organ diseases.

Введение

В Республике Беларусь 18 октября 2016 года ратифицирована Конвенция о правах инвалидов, принятая генеральной Ассамблеей ООН 13 декабря 2006 года. Программой перехода белорусского общества на нормы Конвенции стала Государственная программа о социальной защите и содействии занятости населения на 2016–2020 годы, утвержденная постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 30 января 2016г. №73. Цель Государственной программы – развитие системы социальной защиты населения посредством повышения эффективности политики занятости населения, улучшения условий охраны труда, создания безбарьерной среды жизнедеятельности, обеспечения социальной интеграции инвалидов и пожилых граждан [1].

Совершенствование законодательства Республики Беларусь в области реабилитации и социальной защиты лиц с ограниченными возможностями требует разработки новых подходов к организации и проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации этой категории людей, что позволит улучшить их качество жизни [2].

В настоящее время в Республике потребность освидетельствуемого лица в социальной помощи, включая реабилитацию, основывается на оценке ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, с учетом положений Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (далее – МКН-2), принятой экспертами ВОЗ в 1989 году. Однако МКН-2 не позволяет проследить взаимосвязь между имеющимся заболеванием и окружающей средой. Специалисту нужен «инструмент», который поможет с одной стороны оценить последствия заболевания или травмы с медицинской точки зрения, с другой стороны поможет оценить способность функционирования пациента с имеющимися проблемами здоровья во внешней среде и при этом еще будет оценивать личностные особенности индивидума [3]. Именно таким «инструментом» и является Международная классификация функционирования, ограничений

жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ), принятая экспертами ВОЗ в 2001 году [4].

Цель исследования

Разработать основные принципы формирования МКФ-профиля у пациентов с последствиями заболеваний органа слуха.

Материалы и методы

Проведен клинико-экспертный анализ медицинской и медико-экспертной документации 125 пациентов трудоспособного возраста (73 женщины и 52 мужчины) с нарушениями слуха различной степени выраженности, обратившихся за медицинской помощью в РНПЦ оториноларингологии за период 2010-2015 гг.

Результаты

Формирование набора МКФ-кодов для пациентов с последствиями заболеваний органа слуха, значимых для экспертной оценки и хорошо поддающихся объективизации, явилось задачей первого этапа нашего исследования. Перечень категорий доменов для кодирования показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, представлен набором патогенетически взаимосвязанных нарушенных структур и функций организма, которые приводят к ограничению активности и возможности участия в сочетании с факторами окружающей среды. Полученные данные отражены в таблице 1.

Таблица 1. Набор категорий доменов МКФ для кодирования показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем у пациентов с последствиями заболеваний органа слуха

Перечень категорий домена «Структуры организма» (s)	Перечень категорий домена «Функции организма» (b)	Перечень категорий домена «Активность и участие» (d)	Перечень категорий домена «Факторы окружающей среды» (e)
s250-структура среднего уха: s2500-барабанная перепонка s2501-евстахиева труба s2502-косточки s2508-структура среднего уха, другая уточненная: холестеатома *s260*-структура внутреннего уха	*b230*-функции слуха: b2300-восприятие звука b2301-распознавание звуков b2304-распознавание речи	*d2*-Общие задачи и требования: d2101-выполнение сложной задачи *d3*-Общение: d330-речь d3351-составление и изложение сообщения посредством знаков и символов d350-разговор d3600-использование телекоммуникационных устройств d3602-использование техник общения *d8*-Главные сферы жизни: d825-профессиональное обучение d830-высшее образование d8450-поиск работы d850-оплачиваемая работа	e1251-вспомогательные средства и технологии коммуникации e1351-вспомогательные изделия и технологии для труда и занятости e1401-вспомогательные изделия и технологии для культурного досуга, отдыха и спорта e250-интенсивность звука e310-семья и ближайшие родственники e325-знакомые, сверстники, коллеги. соседи и члены сообщества e355-профессиональные медицинские работники e570-службы, административные системы и политика социального страхования e580-службы, административные системы

			и политика здравоохранения e590-службы, административные системы и политика труда и занятости

Коды МКФ требуют использования одного или большего количества определителей, которые обозначают величину уровня здоровья или выраженности проблемы. Кодирование без определителей не имеет никакого смысла [5]. Таким образом, перед нами была поставлена задача второго этапа нашего исследования – разработка перечня критериев и метода количественной оценки степени выраженности нарушений структур и функций организма, ограничений активности и ограничений возможности участия пациентов с последствиями заболеваний органа слуха с учетом позиций МКФ.

Критерии оценки 1-го определителя, отражающего степень и величину нарушения структуры внутреннего уха (s260), не поддаются объективизации, в результате чего нами предложено кодировать этот определитель числовым значением «8» – не определено.

В категории s2500-барабанная перепонка оценивали такие показатели как:

- площадь перфорации барабанной перепонки;
- тип ретракционных карманов (РК) барабанной перепонки. Для оценки типа РК мы придерживались классификации РК натянутой части по J. Sade, 1979 (таблица 2) аттиковых РК – по M. Tos и G. Poulsen, 1980 [6,7] .

Нарушение целостности цепи слуховых косточек (s2502) при наличии холестеатомы (s2508-холестеатома) в полости среднего уха, а также выраженность ее распространенности оценивали по классификации холестеатомы, предложенной H.A. Salech, R.P. Mills, 1999 [8].

Структуру евстахиевой трубы (s2501) определяли степенью ее проходимости (вентиляционная функция) путем:

- применения простых качественных проб (проба с пустым глотком, опыт Тойнби, опыт Вальсальва, продувание слуховой трубы по Политцеру, катетеризация слуховой трубы);
- измерения величины внутрибарабанного давления (ВБД) по А. И. Лопотко (1980) при проведении тимпанометрии [9].

При оценки уровня и степени слуховых нарушений определяли среднюю арифметическую порогов слуха по воздуху на четырех частотах: 500, 1000, 2000 и 4000 Гц по данным пороговой тональной аудиометрии в категории b2300-восприятие слуха и восприятие шепотной и разговорной речи в метрах в категории b2301-распознавание речи. Степень выраженности нарушения функции слуха оценивали по лучше слышащему уху (при наличии асимметрии слухового нарушения) в соответствии с международной классификацией тугоухости, принятой ВОЗ в 1997 году.

Для вычисления функционального ограничения в процентах, связанного с потерей слуха, использовали способ, предложенный Sabine and Fowler в 1949 году, известный под названием CPT (англ. Council of Physical Therapy). Определение потери слуха по CPT состоит в суммировании потери слуха в процентах для отдельных частот, соотнесенных с величинами потери слуха по воздушному проведению [10].

В категории b2304-распознавание речи для количественной оценки речевого слуха применяли методику речевой аудиометрии, сущность которой заключается в определении разборчивости речи при различной ее интенсивности [11]. Для характеристики «речевого слуха» как социальной категории использовали таблицы «реальной» речи, несущие информационную избыточность (таблицы разносложных слов (по 30 слов в группе), содержащие все фонемы русской речи (Гринберг Г.И., Зиндер Л.Р., 1957).

Восприятие и адекватное реагирование на поступающую информацию (слуховую, невербальную) в различных акустических ситуациях, а также способность к локализации источника звука в пространстве (горизонтальная и вертикальная плоскости) [12], оценивали в категории d2101-выполнение сложной задачи.

За основу критериев оценки определителей категории d330-речь взята классификация уровней речевого развития по Р.Е. Левиной и Т.Б. Филичевой [13].

Потребность в использовании жестовой и дактильной речи определяли в категории d3351-составление и изложение сообщения посредством знаков и символов.

В категории «d350 – разговор» оценивали: возможность общения с помощью слухового восприятия вербально; разборчивость речи в различных акустических ситуациях; использование жестовой и дактильной речи в общении; характеристику круга лиц, с которыми возможно поддержание контактов, с учетом владения вербальными и невербальными способами общения.

В категории «d3600 - использование телекоммуникационных устройств» оценивали возможность общения по телефону и скайпу.

За основу критериев оценки определителей категории «d3602 - использование техник общения» взяты этапы формирования навыка чтения с губ по А.И. Метту и Н.А. Никитиной (1974) [14].

В категориях «d825 - профессиональное обучение» и «d830 - высшее образование» оценивали: возможность получения образования в соответствии с требованиями образовательных стандартов; возможность обучения только по специальным программам в специальных учебных заведениях; потребность в специальных средствах, программах и методах обучения.

В категории «d8450 - поиск работы» оценивали: соответствие состояния здоровья требованиям, предъявляемым профессией (должности); степень участия дефектной функции в процессе труда.

В категории «d850 - оплачиваемая работа» оценивали: возможность осуществлять трудовую деятельность в полном объеме, полный рабочий день, полную рабочую неделю с выполнением норм выработки (услуг); возможность трудовой деятельности в другой(их) профессии(ях) с сохранением (снижением) квалификационного уровня.

Учитывая, что оценка степени выраженности ограничения активности и ограничения возможности участия у пациентов с последствиями заболеваний органа слуха с позиций МКФ возможна только с учетом влияния факторов контекста, в частности факторов окружающей среды, разработка количественной оценки влияния факторов окружающей среды на функционирование этой категории пациентов явилась третьим этапом нашего исследования.

В категории e1251-вспомогательные средства и технологии коммуникации оценивали по позитивной шкале:

- эффективность акустической коррекции слуха при применении слуховых аппаратов воздушного и костного звукопроведения, системы имплантации среднего уха, системы имплантации костной проводимости, кохлеарного импланта;
- наличие и доступность вспомогательных систем оповещения индивидуального пользования слабослышащими и глухими (часы с функцией вибрации, TV-стриммер, наушники, индикатор звука с механическим и (или) световым сигналом, мини-микрофон, Fm-система индивидуального пользования, вспомогательное устройство коммуникатор, стационарный телефон со встроенным усилителем).

Отсутствие доступности систем оповещения индивидуального пользования и отсутствие эффекта от использования акустических средств коррекции слуха расценивали как барьер.

В категориях e1351-вспомогательные изделия и технологии для труда и занятости и e1401- вспомогательные изделия и технологии для культурного досуга, отдыха и спорта определяли по позитивной шкале наличие и доступность вспомогательных сурдотехнических средств коллективного пользования (бегущая строка, мультимикрофон, индукционная петля, Fm-система и стационарная звукоусиливающая система коллективного пользования). Их отсутствие расценивали как барьер.

Влияние уровня звука на обеспечение профессиональной трудоспособности и рационального трудоустройства пациентов с нарушениями слуха в соответствии с гигиеническими нормативами условий труда в категории e250-интенсивность звука расценивали как барьер [15].

В категории e310-семья и ближайшие родственники оценивали по позитивной шкале степень физической, эмоциональной и материальной

поддержки. Владение жестовой и дактильной речью со стороны семьи и ближайших родственников определяли как облегчающий фактор.

В категории e335-знакомые, сверстники, соседи и члены общества оценивали по позитивной шкале степень физической и эмоциональной поддержки со стороны этой группы людей.

В категории e355-профессиональные работники оценивали по позитивной шкале доступность помощи лиц, обеспечивающих медицинское обслуживание (врачи (оториноларингологи, сурдологи, слухопротезисты), медсестры, профпатологи, дефектологи, медико-социальные работники). Предоставление услуг сурдопереводчика определяли как облегчающий фактор. Отсутствие доступной помощи расценивали как барьер.

В категории e570-службы, административные системы и политика здравоохранения оценивали по позитивной шкале влияние служб, которые реализуют инструкции и стандарты, определяют обоснованность реабилитационных услуг, их доступность, универсальность и широту обхвата.

В категории e580-службы, административные системы и политика социального страхования использовали позитивную шкалу для оценки влияния служб, административных систем и политики, которые предназначены для обеспечения материальной поддержки людям, нуждающимся в социальной помощи из-за состояния здоровья или ограничений жизнедеятельности.

В категории e590-службы, административные системы и политика труда и занятости использовали позитивную шкалу для оценки вспомогательного влияния служб, административных систем и политики, предназначенных для поиска подходящей работы безработным или людям, ищущим другую работу.

Отсутствие доступной помощи специализированных служб считали барьером.

Полученные данные ранжировали по степени выраженности в числовом и процентном значении внутри категории с использованием позитивной или негативной шкалы.

В результате проведенного исследования нами разработаны основные принципы формирования МКФ-профиля у пациентов с последствиями заболеваний органа слуха:

1. формирование набора МКФ-кодов для пациентов с последствиями заболеваний органа слуха;
2. формирование перечня критериев оценки определителей категорий доменов структур и функций, активности и участия, факторов окружающей среды;
3. ранжирование по степени выраженности в числовом и процентном значении внутри категории с использованием позитивной (облегчающие факторы окружающей среды) и негативной (нарушение

функций и структур, ограничение активности и возможности участия, барьеры окружающей среды) шкал.

Заключение

Построение индивидуального профиля функционирования пациентов с последствиями заболеваний органа слуха с учетом МКФ позволяет четко представить их статус функционирования, оценить суть проблемы, ее выраженность, наметить пути реабилитации.

Список литературы

1. Об утверждении Государственной программы о социальной защите и содействии занятости населения на 2016-2020 годы: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 30 янв. 2016 г., № 73 // Мин. труда и соц. защиты Респ. Беларусь [Электронный ресурс]. – 2016. – Режим доступа: http://mintrud.gov.by/ru/news_ru/view/utverzhdena-gosudarstvennaja-programma-o-sotsialnoj-zaschite-i-sodejstvii-zanjatosti-naselenija-na-2016-2020-gody_2550/. – Дата доступа: 26.10.2016.
2. Смычек, В.Б. О государственной политике Республики Беларусь в отношении инвалидов / В.Б. Смычек, Л.Н. Богданович, А.И. Богданович // Здравоохранение. – 2015. – № 12 (декабрь). – С. 42–45.
3. Смычек, В.Б. Основы МКФ / В.Б.Смычек. – Минск, 2015. – 432 с.
4. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342 с.
5. Смычек, В.Б. Современные аспекты инвалидности / В.Б. Смычек. – Минск: БГАТУ, 2012. – 268 с.
6. Sade, J. Cholesteatoma and Mastoid Surgery / J. Sade, S. Konak, R. Hinchcliffe // Proceedings of 2nd International Conference. – Tel-Aviv, Israel: Kugler Publications; 1982. – P. 640.
7. Карнеева, О.В Хирургическая реабилитация детей с хронической воспалительной патологией среднего уха: дис. … докт. мед. наук: 14.01.03 / О.В. Карнеева. – Москва, 2012. – 42 с.
8. Saleh, H. A. Classification and staging of cholesteatoma / H. A. Saleh, R. P. Mills // Clin. Otolaryngol. – 1999. – Vol. 24. – P. 355–359.
9. Кочкин, Р.В. Импедансная аудиометрия / Р.В. Кочкин. – М.: Медицина, 2006. – 48 с.
10. Лятковский, Я.Б. Руководство по аудиологии и слухопротезированию / Я.Б. Лятковский, Н.А. Дайхес; под ред. Н.А. Дайхес. – Медицинское информационное агенство, 2009. – 240 с.
11. Бобошко, М.Ю. Речевая аудиометрия: учеб. пособие / М.Ю. Бобошко. – С.-П.: изд-во СПбГМУ, 2012. – 63 с.
12. Петровская, А.Н. Способность локализовать источники звука в вертикальной плоскости в норме и при различных формах тугоухости: автореф. … дис. канд. мед. наук: 14.00.04 / А.Н. Петровская; МНИИ уха, гола и носа. – М., 1976. – 24 с.

13. Волкова, Л.С. Логопедия: учеб. пособие / Л.С. Волкова. – М.: Гумманит. изд. центр ВЛАДОС, 2009. – 703 с.
14. Метт, А.И. Зрительное восприятие устной речи: учеб. Пособие / А.И. Метт, Н.А. Никитина. – М.: Просвещение, 1974. – 208 с.
15. Инструкция по применению МЗ РБ № 150-1211. Факторы производственной среды, показатели тяжести и напряженности трудового процесса, формирующие безопасные и доступные условия труда для инвалидов с различной степенью нарушений слуха и обеспечивающие их профессиональную трудоспособность, трудовое устройство: утв. МЗ РБ 16.02.2012. – Минск, 2012. - 24 с.

УДК 616-036.86:331.582.2

Копыток А.В., Лущинская С.И.

ПОТРЕБНОСТЬ ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ, УСЛУГАХ, ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», пос. Городище, Республика Беларусь

Kapytok H.V., Lushchinskaya S.I.

NEEDS OF PERSONS WITH DISABILITIES IN REHABILITATION MEASURES, SERVICES, TECHNICAL MEANS OF SOCIAL REHABILITATION

State institution «National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation», Gorodische, Republic of Belarus

Ключевые слова: инвалид, потребность в реабилитации, реабилитационная услуга, техническое средство социальной реабилитации.

Keywords: disability, needs in rehabilitation, rehabilitation service, technical means of social rehabilitation.

Аннотация**.** Для построения эффективной системы реабилитации и успешного возвращения людей с инвалидностью к трудовой деятельности и в социум необходимо выявление их потребностей в различных видах реабилитации, так как на их основе вырабатывается необходимый комплекс реабилитационных мероприятий и определяется объем социальной помощи.

Изучение потребности людей с инвалидностью выявило, что данный контингент нуждается в проведении комплексной реабилитации. Наибольшая потребность отмечается в медицинской реабилитации (99,8%). Несколько ниже потребность в профессиональной, трудовой и социальной

реабилитации (43,8%, 33,5% соответственно). Среди мероприятий профессиональной и трудовой реабилитации в исследуемом контингенте наиболее востребовано было трудоустройство, в котором нуждалось 35,0% исследованного контингента. Потребность в адаптации к трудовой деятельности составила 9,7%, в освоении содержания образовательных программ – 5,8% обследованных. Из мероприятий социальной реабилитации наибольшая потребность отмечалась в постоянной посторонней помощи и уходе – в 38,3% случаев. В социальном обслуживании нуждалось 3,8% выборки. В технических средствах социальной реабилитации нуждался каждый четвертый из числа обследованных.

Abstract. To build an effective system of rehabilitation and successful return of persons with disabilities to employment and society is necessary to identify their needs in different kinds of rehabilitation, as on their basis produces the necessary complex rehabilitation measures and determine the amount of social assistance.

The study of the needs of people with disabilities found that this contingent need for a comprehensive rehabilitation. The greatest need indicated in medical rehabilitation (99.8%). Slightly lower demand in professional, labor and social rehabilitation (43.8%, 33.5%, respectively). Among the activities of professional and labor rehabilitation in the studied contingent of the most popular was the employment. It needed to 35.0% of the in vestigated population. The need for adaptation to employment was 9.7%, in mastering content of educational programs – 5.8% of the patients. Of the activities of social rehabilitation the greatest need was noted for constant assistance and care – in 38.3% of cases. In the social services needed 3.8% of the sample. In the technical means of social rehabilitation needed every fourth of the surveyed.

Введение. Решение проблем инвалидности является одним из приоритетных направлений социальной политики государства. В Республике Беларусь в целях улучшения положения инвалидов также реализуется ряд государственных программ. Президентом Республики Беларусь Александром Лукашенко 24 сентября 2016 года был подписан Указ № 401 «О подписании Республикой Беларусь Конвенции о правах инвалидов» [1], а 28 сентября 2015 года в здании Генеральной ассамблеи ООН была подписана Конвенция о правах инвалидов.

Государственная политика Республики Беларусь в области предупреждения инвалидности и реабилитации инвалидов направлена на удовлетворение потребностей инвалидов в средствах реабилитации и реабилитационных мероприятиях, так как на их основе вырабатывается необходимый комплекс реабилитационных мероприятий и определяется объем социальной помощи [2-4].

Цель. Изучение потребности людей с инвалидностью в реабилитационных мероприятиях, услугах, технических средствах социальной реабилитации.

Материалы и методы. Для определения потребности людей с инвалидностью в реабилитационных мероприятиях, услугах, технических средствах реабилитации была сформирована ретроспективная выборка на 452 пациента, первично и повторно освидетельствованных медико-реабилитационными экспертными комиссиями Республики Беларусь в 2014 году (на основании данных Республиканской информационно-аналитической системы по медэкспертизе и реабилитации инвалидов Республики Беларусь), из них 418 чел. в возрасте 18 лет и старше и 34 ребенка.

В ходе исследования использовались методы: документированный; выкопировка данных из документов; аналитический; статистический. При выполнении статистического анализа нами использовались абсолютные, относительные величины. Обработка результатов исследования осуществлялась с использованием стандартного пакета статистического и математического анализа программного приложения Microsoft Excel.

Результаты. Изучение потребности людей с инвалидностью в различных видах медико-социальной реабилитации показало, что среди взрослых пациентов рекомендации по дальнейшему продолжению медицинской реабилитации получили 417 чел. (99,8%). Программы профессиональной и трудовой реабилитации были составлены 183 чел. (43,8%), социальной – 140 чел. (33,5%).

Высокий показатель потребности в медицинской реабилитации отмечался во всех группах инвалидности. Причем среди инвалидов 1 и 2 группы этот показатель равняется 100%, а у инвалидов 3 группы – 99,4%. Потребность в медицинской реабилитации была одинаково высока как среди мужчин, так и среди женщин (100% и 99,4% соответственно).

Потребность в медицинской реабилитации составляет 100% практически при всех заболеваниях. Исключением являются болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, потребность при которых составила 98,9%.

Потребность в профессиональной и трудовой реабилитации испытывает почти половина из числа лиц с ограниченными возможностями. Наибольший показатель нуждаемости в профессиональной и трудовой реабилитации наблюдался у инвалидов 3 группы, имеющих значительные резервы трудоспособности – 92,5%. У инвалидов более тяжелых групп данный показатель значительно ниже. Инвалиды 2 группы в профессиональной реабилитации нуждались в 11,0% случаев. У инвалидов 1 группы этот показатель составил 4,9%.

Среди лиц трудоспособного возраста потребность в данном виде реабилитации составляет 57,9%. Среди детей данный показатель ровнялся 32,4%.

Наибольшую потребность в профессиональной и трудовой реабилитации испытывают инвалиды молодого возраста (18-24 года). Независимо от группы инвалидности они нуждаются в этом виде реабилитации в среднем в 86,7% случаев. Достаточно высока она и в возрастных группах 25-29 и 30-34 года, составляя 68,8% и 79,3% соответственно. С возрастом потребность в профессиональной и трудовой реабилитации уменьшается, наименьшее значение отмечается в возрастной группе 55-59 лет.

Среди инвалидов 3 группы высокие показатели нуждаемости в данном виде реабилитации отмечаются на протяжении всего трудоспособного возраста и колеблются от 88,9% до 100%. Среди инвалидов 2 группы наибольшие показатели потребности в профессиональной и трудовой реабилитации отмечались в возрасте от 18 до 34 лет и составляли 20%. Среди инвалидов 1 группы в данном виде реабилитации нуждались инвалиды возрастных групп 18-24 и 25-29 лет. Нуждаемость в данных группах составляла по 50%.

Проведенный анализ потребности в профессиональной и трудовой реабилитации с учетом классов болезней показал, что нуждаемость в данном виде реабилитации достигает 100% при болезнях крови и кроветворных органов и болезнях уха. Также высок уровень потребности при врожденных аномалиях (85,7%), болезнях органов пищеварения (66,7%), болезнях эндокринной системы (57,1%) и болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани (56,7%).

Среди мероприятий профессиональной и трудовой реабилитации в исследуемом контингенте наиболее востребовано было трудоустройство, показатель нуждаемости в котором составил 35,0% (158 чел.). Потребность в адаптации к трудовой деятельности составила 9,7% (44 чел.), в освоении содержания образовательных программ – 5,8% обследованных (26 чел.).

В контингенте взрослых инвалидов в трудоустройстве нуждалось 81,4% (157 чел.) от числа инвалидов нуждающихся в профессиональной и трудовой реабилитации. 22,7% инвалидов (44 чел.) нуждались в адаптации к трудовой деятельности, 13,4% инвалидам (15 чел.) было необходимо освоение содержания образовательных программ.

Наибольшую потребность в профессиональной реабилитации испытывают лица, имеющие среднее техническое образование (100%). Инвалиды с высшим образованием нуждались в профессиональной реабилитации в 50,9%, со средним специальным – в 46,2%, с общим средним – в 44,0%. Инвалиды с начальным образованием были заинтересованы в данном виде реабилитации в 27,7% случаев.

Потребность в трудоустройстве была наиболее актуальна для инвалидов всех групп – 37,6%. Наибольшие показатели потребности отмечены среди инвалидов 3 группы – 78,7%. Для инвалидов 2 группы потребность в трудоустройстве составила 10,4%, для инвалидов 1 группы – 3,7%.

Потребность в адаптации к трудовой деятельности в исследуемом контингенте составила 10,5%. Причем инвалиды 3 группы нуждались в данном виде профессиональной и трудовой реабилитации в 23,6% случаев. Среди инвалидов 1 и 2 групп потребность в адаптации к трудовой деятельности составила 1,2%.

У детей ведущее место среди мероприятий профессиональной реабилитации занимало освоение содержания образовательных программ – 91,7% от числа детей нуждающихся в профессиональной реабилитации (11 чел.). 8,3% детей нуждались в трудовом устройстве.

В профессиональной реабилитации нуждались только дети-инвалиды 1 и 2 СУЗ. Потребность детей-инвалидов 1 СУЗ в освоении содержания образовательных программ составила 40,0%. Среди детей-инвалидов 2 СУЗ потребность в освоении содержания образовательных программ составила 33,3% от числа обследованных. В трудоустройстве по профессии нуждались 6,7% обследованных детей-инвалидов.

Наибольшую потребность в мерах и услугах социальной реабилитации испытывают инвалиды первой группы – 91,4%. Достаточно высока она и среди инвалидов 2 группы – 39,9%.

Потребность в социальной реабилитации была наиболее высока в старших возрастных группах 65-69 лет (66,7%) и 70 лет и старше (70,1%). Прежде всего, в мерах и услугах социальной реабилитации нуждаются инвалиды 1 группы. Показатели нуждаемости данного контингента были высокими во всех возрастных группах и колебались от 75,0% до 100%. Среди инвалидов 2 группы больше всего в социальной реабилитации нуждались инвалиды молодого (18-29 лет) и старшего (65-69 лет) возраста – 60,0%, 66,7% соответственно. Потребность в социальной реабилитации инвалидов 3 группы отмечена только в возрастной группе 70 лет и старше (16,7%).

Из мероприятий социальной реабилитации наибольшая потребность отмечалась в постоянной посторонней помощи и уходе – в 38,3% случаев. Среди лиц до 18 лет данный показатель составлял 97,1%.

В социальном обслуживании нуждались 17 человек, что составляло 3,8% от выборки. Все 17 человек являлись инвалидами 1 группы, среди них преобладали инвалиды по причине болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (23,5%), вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата (29,4%).

Показатель потребности инвалидов в технических средствах социальной реабилитации в среднем составляет 23,4%. Наиболее востребованы технические средства социальной реабилитации среди инвалидов 1 группы – 46,9%. Инвалиды 2 группы в них нуждались в 35,6% случаев, инвалиды 3 группы – в 1,1%. Существенных различий в нуждаемости в технических средствах среди мужчин и женщин не обнаружено (22,2% и 24,4% соответственно).

В технических средствах социальной реабилитации наибольшая необходимость возникала среди инвалидов вследствие болезней глаза и его

придаточного аппарата (34,5%), травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин (32,4%), и болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (30,0 %).

Наибольшую потребность в технических средствах социальной реабилитации испытывают инвалиды 1 группы в возрасте 30-34 года – 100%. Также велика потребность в технических средствах среди инвалидов более молодого возраста (18-29 лет) – 75,0%. Среди инвалидов 2 группы максимальная потребность отмечается также у молодых людей 18-29 лет (40,0%).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что все люди с инвалидностью нуждаются в проведении комплексной реабилитации. Наибольшая потребность отмечается в медицинской реабилитации (99,8%). Несколько ниже потребность в профессиональной, трудовой и социальной реабилитации (43,8%, 33,5% соответственно). Среди мероприятий профессиональной и трудовой реабилитации в исследуемом контингенте наиболее востребовано было трудоустройство, в котором нуждалось 35,0% исследованного контингента. Потребность в адаптации к трудовой деятельности составила 9,7%, в освоении содержания образовательных программ – 5,8% обследованных. Из мероприятий социальной реабилитации наибольшая потребность отмечалась в постоянной посторонней помощи и уходе – в 38,3% случаев. В социальном обслуживании нуждалось 3,8% выборки. В технических средствах социальной реабилитации нуждался каждый четвертый из числа обследованных.

Список литературы

1. О подписании Республикой Беларусь Конвенции о правах инвалидов: Указ Президента Республики Беларусь от 24 сентября 2015 г. №401 // Нац. реестр правовых актов Республики Беларусь. – 2015. – №401. – 1/13030.

2. Смычек В.Б. Реабилитация больных и инвалидов. М.: Медлит. 2009. 506 с.

3. Смычек В.Б., Копыток А.В. Экспертно-реабилитационная помощь в Республике Беларусь. Мн.: БГАТУ. 2012. 536 с.

4. Мавликаева Ю.А. Определение потребности инвалидов трудоспособного возраста в комплексной реабилитации на региональном уровне // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2008. № 3. С. 20-22.

УДК 616-036.866+616.6.06

Иштерякова О.А.

МОНИТОРИНГ И ПРОФИЛАКТИКА ИНВАЛИДНОСТИ, ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ

ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, г. Казань

Ishteryakova O.

MONITORING AND PREVENTION OF DISABILITY, PERFORMANCE EVALUATION REHABILITATION PERSONS WITH OCCUPATIONAL DISEASES

Kazan state medical university, Kazan, Russian Federation

Ключевые слова: профессиональные заболевания, медико-социальная экспертиза, инвалидность, утрата профессиональной трудоспособности, реабилитация.

Keywords: occupational diseases, medical-social examination, disability, loss of professional work capacity, rehabilitation.

Аннотация: При профессиональных заболеваниях (ПЗ) проводится медико-социальная экспертиза с определением степени утраты профессиональной трудоспособности и группы инвалидности (по показаниям) и нуждаемости в медицинской, профессиональной и социальной реабилитации. При ПЗ 76-91% впервые признанных инвалидами находятся в трудоспособном возрасте. Инвалидность вследствие профзаболеваний характеризуют высокие показатели стабильности (73,9 на 100 повторно освидетельствованных инвалидов). Выявлена статистически значимая ($p<0,001$) зависимость величины степени утраты трудоспособности от продолжительности болезни до момента установления связи заболевания с профессией. Проведение восстановительного лечения при ПЗ приводит к статистически значимому уменьшению степени утраты трудоспособности больных с вибрационной болезнью ($\chi2=4,2$; $p<0,05$) и ПЗ опорно-двигательного аппарата ($\chi2=10,4$; $p<0,01$).

Abstract. Persons with occupational diseases are go to medical and social examination to determine the degree of loss of professional work capacity and disability and needs in the medical, vocational and social rehabilitation. The 76-91% of new cases of disability of occupational diseases is of the patients of working age. The average age for the first time as disabled at diagnosis of occupational diseases. Disability due to occupational diseases are characterized by high levels of stability (73,9 per 100 re-inspected for a year). Showed a statistically significant ($p<0,001$) the dependence of the degree of disability on the duration of

illness prior to the establishment of disease due to the profession. Conducting a reducing treatment for occupational diseases leads to a statistically significant decrease in the degree of loss of professional work capacity of patients with vibration disease ($\chi 2 = 4,2$; $p < 0,05$) and the occupational diseases of the musculoskeletal system ($\chi 2 = 10,4$; $p < 0,01$).

Для мониторинга профессиональной заболеваемости с утратой трудоспособности и инвалидности вследствие ПЗ необходимы сведения об условиях развития и критериях ПЗ, об особенностях формирования инвалидности и контингентах инвалидов вследствие ПЗ. В современных условиях актуальными задачами являются совершенствование медицинской и профессиональной реабилитации больных профзаболеваниями, организация дифференцированного персонифицированного учета пострадавших от ПЗ, в том числе учета инвалидов вследствие ПЗ, разработка критериев эффективности реабилитации.

Целью работы является мониторинг инвалидности вследствие ПЗ, разработка способов оценки эффективности реабилитации лиц, пострадавших на производстве, для совершенствования статистического учета и разработки профилактических мероприятий.

Материал и методы: анализ медицинской документации центра профпатологии (ЦПП) и бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ), разработка учетных карт для изучения результатов МСЭ и реабилитации (утверждены Министерством здравоохранения Татарстана в качестве дополнения к формам 088/у-06, 24-Росстат), статистический анализ.

Результаты. При ПЗ 75-91% впервые признанных инвалидами (ВПИ) находятся в трудоспособном возрасте. В структуре ВПИ по общему заболеванию доля трудоспособных граждан существенно ниже – 39-45%. Средний возраст выхода на инвалидность лиц, пострадавших на производстве, в Татарстане составляет (47,5±6,0) лет.

Важным показателем представляется доля ВПИ при первичном установлении диагноза ПЗ. Первичный выход на инвалидность при установлении связи заболевания с профессией регистрируется в большинстве случаев у больных трудоспособного возраста (88%): мужчин моложе 60 лет - 86% среди ВПИ, доля женщин, не достигших возраста 55 лет на момент первичного установления группы инвалидности, - 90%. Среди ВПИ по ПЗ преобладают лица обоих полов в возрасте 40-59 лет (84%). В структуре больных ПЗ со стойкой утратой общей трудоспособности выявлено 4% лиц старше 70 лет, что объясняется, очевидно, некачественным медицинским обслуживанием в период работы, приведшем к диагностике ПЗ в постконтактном периоде разной длительности. Средний возраст ВПИ при первичной диагностике ПЗ составил 51,8±4,1 лет. Выявлена статистически значимая ($p<0,001$) зависимость величины степени утраты трудоспособности от продолжительности болезни до момента установления связи заболевания с профессией и проведения МСЭ. Так, уменьшение длительности болезни до

первичного обследования в ЦПП на 1 год приводит к снижению степени утраты профессиональной трудоспособности на 4,94%.

Инвалидность, установленная при первичной диагностике ПЗ, как и в целом, инвалидность от ПЗ, характеризуют достаточно высокие показатели стабильности инвалидности. Суммарный показатель стабильности инвалидности при ПЗ составляет 73,9 на 100 повторно освидетельствованных инвалидов. Длительность инвалидности вследствие ПЗ составляет наиболее часто 5-14 лет (60% от общего числа накопленных инвалидов).

В ходе исследования установлено, что реализация программы реабилитации пострадавшего (ПРП) способствует снижению степени утраты трудоспособности лиц с ПЗ. Для оценки эффективности реабилитации использованы разработанные карты оценки эффективности реабилитации при ПЗ органов дыхания (ОД) и опорно-двигательного аппарата (ОДА): уточнение динамики жалоб в ходе лечения, изучение данных ежегодного объективного осмотра, результатов инструментальных, функциональных исследований, оценка рациональности трудоустройства и выполнения ПРП.

Проведение восстановительного лечения при ПЗ приводит к статистически значимому уменьшению степени утраты трудоспособности больных с вибрационной болезнью (χ^2=4,2; $p<0,05$) и ПЗ опорно-двигательного аппарата (χ^2=10,4; $p<0,01$).

Заключение. Проанализированные факторы, оказывающие влияние на формирование инвалидности при ПЗ, способы оценки эффективности реабилитации при ПЗ, могут быть использованы для утверждения формы учета и отчетности по инвалидности в целях достижения персонифицированного учета инвалидов по ПЗ в РФ, проведения мониторинга инвалидности и оценки эффективности реабилитации пострадавших на производстве.

УДК 364.043.4: 616-036.86

Михаил Салтышев

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ «WHO DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0» (WHODAS 2.0)

Доктор медицинских наук, профессор
Департамент физической и реабилитационной медицины
Клиническая больница университета Турку
Финляндия

Mikhail Saltychev, MD, PhD

PRACTICAL IMPLEMENTATION OF WHODAS 2.0 SCALE

Associate Professor
Department of Physical Medicine and Rehabilitation
Turku University Hospital
Finland

Ключевые слова: МКФ, инвалидность, функционирование, реабилитация

Keywords: ICF, disability, functioning, rehabilitation

Аннотация. WHODAS 2.0 – практичный инструмент, предназначенный для измерения на общем уровне здоровья и инвалидности как в общей популяции так и в клинической практике. WHODAS 2.0 подходит к ситуациям с установившимся уровнем здоровья и функционирования. WHODAS 2.0 можно дополнять другими, более специфичными опросниками и тестами, а также вопросами открытого типа.

Abstract. WHODAS 2.0 is a practical tool designed to measure the overall level of health and disability in general population and in clinical practice. WHODAS 2.0 is suitable for the situation with settled level of health and functioning. WHODAS 2.0 can be supplemented by other more specific tests and questionnaires as well as open-ended questions.

WHODAS 2.0 – практичный инструмент, предназначенный для измерения на общем уровне здоровья и инвалидности как в общей популяции так и в клинической практике [1]. На заполнение уходит 10–15 минут. ВОЗ разработала WHODAS 2.0 для стандартизированной оценки функционирования в независимости от условий проведения теста, культурных особенностей, возраста и т.д. [1-4] WHODAS 2.0 отражает уровень функционирования в шести доменах (по МКФ) жизни [2, 5]:

- Домен 1: Сознание – понимание и общение
- Домен 2: Мобильность
- Домен 3: Уход за собой
- Домен 4: Взаимодействие с другими людьми
- Домен 5: Привычная активность – домашние обязанности, досуг, работа и школа
- Домен 6: Участие - участие в общественной деятельности и жизни общества.

WHODAS 2.0 использует ту же шкалу что и определители МКФ: от 0 («нет ограничения») до 4 («практически или полностью невозможно»). WHODAS 2.0 существует в 7 версиях в зависимости от метода применения и количества включенных пунктов:

– 12- и 36-ступенчатые версии для заполнения самим отвечающим, проводящим интервью или родственником/близким помощником
– 12+24-ступенчатая версия – только для заполнения проводящим интервью

Хотя в самом WHODAS 2.0 нет кодов МКФ, они могут быть легко добавлены при анализе полученных ответов. Для подсчета общих балов используется одна из двух формул: «простой подсчет» – баллы суммируются и подсчитываются проценты или «расширенный подсчет» – для ее применения на сайте ВОЗ есть бесплатное приложение. Расширенную формулу подсчета можно применять только с полноценной 36-ступенчатой версией WHODAS 2.0. Простой метод подсчета обычно достаточен и может быть применен для любой из 7 версий.

WHODAS 2.0 измеряет уровни активности и участия. Структуры и функции, как и внешние факторы, в тест не входят.

Несколько практических советов по применению WHODAS 2.0, основанных на 3-летнем опыте применения в реабилитационной клинике университетской больницы г. Турку:

– WHODAS 2.0 подходит к ситуациям с установившимся уровнем здоровья и функционирования. При острых состояниях (например, в острой стадии инсульта) WHODAS 2.0 неинформативен и может быть заменен на более детальные основные списки МКФ («core sets») специфичные для конкретной ситуации.
– WHODAS 2.0 не исключает применение дополнительных тестов и шкал. Например, шкала работоспособности, шкала боли и т.д.
– WHODAS 2.0 можно дополнять также вопросами открытого типа. Например, «укажите от чего Вам пришлось отказаться или что Вам пришлось адаптировать из-за изменившейся ситуации/болезни/травмы».
– 12-ступенчатая версия WHODAS 2.0 дает лишь приблизительное представление об уровне функциональности и не описывает подробно (в независимости от мнения ВОЗ) шесть доменов активности и участия. Этой приблизительной оценки обычно все же достаточно для практического применения.

Список литературы

1. World Health Organisation. WHO Disability Assessment Schedule 2.0 WHODAS 2.0. 2014 [cited 2015 October 16]; Available from: www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/.
2. Üstün, T.B., et al., Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule *2.0*. Bull World Health Organ, 2010. **88**(11): p. 815-23.
3. Sousa, R.M., et al., Measuring disability across cultures--the psychometric properties of the WHODAS II in older people from seven low- and middle-

income countries. The 10/66 Dementia Research Group population-based survey. Int J Methods Psychiatr Res, 2010. **19**(1): p. 1-17.
4. Wolf, A.C., et al., The World Health Organization Disability Assessment Scale, WHODAS II: reliability and validity in the measurement of activity and participation in a spinal cord injury population. J Rehabil Med, 2012. **44**(9): p. 747-55.
5. Luciano, J.V., et al., Psychometric properties of the twelve item World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II) in Spanish primary care patients with a first major depressive episode. J Affect Disord, 2010. **121**(1-2): p. 52-8.

УДК

Видмар Гай, Бургер Хелена, Брецель Валентина, Птюшкин Павел

НАДЕЖНОСТЬ КОДИРОВАНИЯ С ПОМОЩЬЮ МКФ: ОПЫТ И НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ УНИВЕРСИТЕТСКОГО ИНСТИТУТА РЕАБИЛИТАЦИИ В ЛЮБЛЯНЕ

Университетский институт реабилитации, Любляна, Словения

Vidmar Gaj, Burger Helena, Brecelj Valentina, Ptyushkin Pavel

RELIABILITY OF ICF CODING: EXPERIENCE AND RESEARCH AT THE UNIVERSITY REHABILITATION INSTITUTE IN LJUBLJANA

University Rehabilitation Institute, Ljubljana, Slovenia

Ключевые слова: Классификации ВОЗ, МКФ, межэкспертная надежность, протезирование и ортопедия, профессиональная реабилитация, компьютерные вспомогательные технологии, экспертные системы

Keywords: WHO classifications, ICF, inter-rater agreement, prosthetics and orthotics, vocational rehabilitation, computer aids, expert systems

Аннотация: Мы представляем обзор трех проектов, изучающих надежность кодирования с помощью Международной Классификации Функционирования, Инвалидности и Здоровья (МКФ). Эти проекты изучают межэкспертную степень согласия специалистов, описывающих с помощью МКФ одних и тех же людей. Первый, уже завершенный проект был направлен на изучение возможности применения МКФ в нашей протезно-ортопедической поликлинике. Четверо врачей изучали медицинские акты 35 рандомизированно отобранных пациентов для описания с помощью МКФ кодов второго уровня из Приложения 9 к МКФ (а также дополнительных

кодов при необходимости). Оценивалась общая степень согласия, а также коэффициент Gwet's AC1. В целом степень согласия была очень высокой, в особенности, у врачей, имевших опыт работы с МКФ. Второй проект продолжается по настоящее время в нашем Центре профессиональной реабилитации. Для получения статуса человека с инвалидностью описание препятствий для трудовой деятельности с помощью МКФ является в Словении обязательным и предписано законом. Целью проекта является создание Базового набора МКФ для профессиональной реабилитации и расширение области его применения от чисто оценочной к такой, которая позволяла бы определять цели вмешательств и планированить ресурсы. После подготовительной фазы (с проведением 10 фокус-групп) Базовый набор применяется в рамках пилотного проекта 100 провайдерами услуг по всей стране, после чего будет проведена оценка степени согласия для окончательного консенсусного решения. Третий проект, также продолжающийся по настоящее время, ставит своей целью тестирование осуществимости внедрения онлайн инструмента для компьютерного МКФ-кодирования, который был разработан при сотрудничестве с Факультом Компьютерной техники и Информатики университета Любляны.

Abstract: We present an overview of three projects addressing reliability of assigning codes from the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). The projects address agreement between different ICF coders describing the same persons. The first project, which has been completed, tested the applicability of the ICF in our prosthetics and orthotics outpatient clinic. Four physicians examined the medical documentation of 35 randomly selected patients to apply second-level ICF codes from the ICF Annex 9 (or additional ones, if necessary). Agreement was assessed using raw agreement and Gwet's AC1 coefficients. Overall, the agreement was very high, and higher among the more ICF-experienced physicians. The second project is ongoing at our Development Center for Vocational Rehabilitation (VR). For obtaining the status of a person with disability, description of obstacles in inclusion in the working environment, as defined by the ICF, is mandatory by law in Slovenia. The project's goal is development of the ICF Core Set for VR and thus broadening the scope of ICF use in VR from assessment only to goal setting and resource planning. After the drafting phase (with 10 focus groups), the Core Set is now in the phase of pilot application by over 100 service providers nation-wide, after which inter-observer agreement will be analyzed to facilitate the final consensus. The third project, which is also ongoing, is aimed at testing the feasibility of a web tool for computer-assisted ICF coding that has been developed in collaboration with the Faculty of Computer and Information Science of the University of Ljubljana.

УДК 616.728-089.843-036.82/.85:351.814.373.4

Разуванов А.И.

РАЗРАБОТКА НАБОРА МКФ-КОДОВ ДЛЯ СОСТАВЛЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ СУСТАВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», Городище

Razuvanov A.I.

DEVELOP A SET OF ICF CODES TO COMPILE AN INDIVIDUAL PROFILE OF THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH IMPLANTED JOINTS OF THE LOWER LIMBS

State institution «National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation», Gorodische

Ключевые слова: инвалидность, медико-социальная экспертиза, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), оценка, средовые барьеры, факторы окружающей среды, функции организма.

Keywords: disability, medical and social examination, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), evaluation, environmental barriers, environmental factors, body functions.

Аннотация: Представлен возможный вариант подхода к проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации на основе унифицированного языка Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Предложен набор МКФ-кодов для объективизации возможностей функционирования пациентов с имплантированными суставами нижних конечностей в окружающей среде.

Abstract: It presents options approach to the medical and social expertise and rehabilitation on the basis of a unified language International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). A set of the ICF code for the objectification of features of functioning of patients with implanted joints of the lower extremities in the environment.

Подписание Республикой Беларусь Конвенции о правах инвалидов ознаменовало необходимость пересмотра положений медико-социальной экспертизы и реабилитации. Объединяющим звеном такого перехода может стать МКФ, которая унифицированным языком описывает пациента со всевозможных сторон. Реализация данного решения потребует разработки

специфичного набора МКФ-кодов для различных нозологий, что позволит осуществить практическое внедрение положений МКФ в деятельность государственных учреждений медико-социальной экспертизы и реабилитации [1,2].

Цель работы. Разработка набора МКФ-кодов для оценки возможности функционирования в социуме пациентов с имплантированными суставами нижних конечностей (ИСНК).

Материалы и методы. Проведено клинико-функциональное обследование 95 пациентов с ИСНК. На его основе разработаны наборы МКФ-кодов в соответствии с патогенетической взаимосвязью нарушений структур организма, возникающих при оперативном лечении тяжелых форм заболеваний суставов нижних конечностей, и их влиянием на функции организма, ограничение активности и участия. Средний возраст исследуемых лиц на составил 49,37 ±6,75. Лица мужского пола составили 59,42%, женского – 40,58%.

Результаты. С учетом выявленных факторов риска, определяющих в последующем функциональные возможности, а также степень участия пациентов с ИСНК в окружающей среде был доработан предложенный ранее [3] набор МКФ-кодов. Разработанный набор МКФ-кодов: s Структуры организма - анатомические части организма такие как органы, конечности и их компоненты: s750-структура нижней конечности; s75001-тазобедренный сустав; s75011-коленный сустав; s75021-суставы лодыжки, стопы.

b Функции организма - физиологические функции систем организма: b280-ощущение боли; b710-функции подвижности сустава; b715-функции стабильности сустава; b720-функции подвижности костного аппарата; b730-функции мышечной силы; b 749-Функции мышц, другие уточненные и не уточненные.

d Активность и участие. Активность - выполнение задачи или действия индивидом. Участие, вовлечение индивида в жизненную ситуацию. Мобильность - изменение и поддержание положения тела, перенос и манипуляция объектами, ходьба, бег, преодоление препятствий, использование транспорта: d410-изменение позы тела; d415-поддержание положения тела; d420-перемещение тела; d430-поднятие и перенос объектов; d450-ходьба (нога касается поверхности); d465-передвижение с использованием технических средств; d470-использование пассажирского транспорта; Самообслуживание - осуществление заботы о себе, мытье и вытирание, уход за телом, одевание, прием пищи и питье, осуществление физиологических отправлений: d510-мытье частей тела; d520-уход за частями тела; d530-физиологические отправления; d540-одевание; d550-прием пищи; d560-питье. Главные сферы жизни - осуществление и выполнение задач и действий, требуемых в процессе работы, занятости, экономических взаимоотношений и при получении образования: d825-профессиональное обучение; d830-высшее образование; d840-ученичество; d8451 -выполнение трудовых обязанностей; d8452-Прекращение трудовых

отношений; d8500-Индивидуальная трудовая деятельность; d8501-Частичная трудовая занятость; d8502-полная трудовая занятость.

е Факторы окружающей среды - создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где люди живут и проводят свое время: e115-изделия и технологии для личного повседневного пользования; e120-изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки; e130-Изделия и технологии для обучения; e135-Изделия и технологии для труда и занятости; e150-дизайн, характер строительства зданий; e225-Климат; e255-Вибрация; e299-Природное окружение и изменения окружающей среды, осуществленные человеком, не уточненные; e310-Семья и ближайшие родственники; e340-Персонал, осуществляющий уход; e410-Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников; e430-Индивидуальные установки лиц, обладающих властью и авторитетом; e499-Установки, не уточненные; e585-Службы, административные системы и политика образования и обучения; e590-службы, административные системы и политика труда и занятости.

Заключение. По результатам полученного комплексного обследования разработан набор МКФ-кодов для пациентов с имплантированными суставами нижних конечностей, характеризующий с позиции МКФ функциональные возможности, состояние структур суставов нижних конечностей и описывающий возможности функционирования в окружающей среде через определение их активности и участия. Таким образом, набор МКФ-кодов позволяет с позиции МКФ сформулировать клинико-функциональный диагноз, оценить динамику восстановления нарушенных функций после эндопротезирования на всех уровнях проявления; оценить остаточные возможности организма пациента, возможности и эффективность компенсаторных замещений в процессе проведения комплексной реабилитации.

Список литературы.

1. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. – World Health Organization, 2001.
2. Смычёк В.Б. Реабилитация и экспертиза: современное состояние, проблемы, перспективы // Український Вісник Медико-Соціальної Експертизи. 2013. № 2. P. 4–14.
3. Разуванов А.И. Разработка набора МКФ-кодов для пациентов с имплантированными суставами нижних конечностей. Рязань: ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, 2016. С. 77–78.

УДК 616.728-082-036.82

Осипов Ю.В., Кобизькая Л.Г., РазувановА.И., Шнигир А.А.

МЕТОД ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ АРТРОЗАХ СУСТАВОВ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ОСНОВЕ МКФ

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», Городище

Osipov Y.V., Kobizskaya L.G., RazuvanovA.I., Shnigir A.A.

METHOD OF MEDICAL REHABILITATION IN POST-TRAUMATIC ARTHROSIS LIMB JOINTS BASED ON THE ICF

State institution «National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation», Gorodische

Ключевые слова: инвалидность, медико-социальная экспертиза, реабилитация, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), оценка, средовые барьеры, факторы окружающей среды, функции организма, реализация, эффективность.

Keywords: disability, medical and social examination, rehabilitation, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), evaluation, environmental barriers, environmental factors, body functions, implementation, efficiency.

Аннотация: На основании комплексного обследования и анализа результатов лечения и реабилитации 185 пациентов с посттравматическими артрозами (ПТА) разработан метод проведения медицинской реабилитации при ПТА суставов конечностей на основе международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Социальная значимость проблемы экспертизы и реабилитации определяется как трудоспособным возрастом пациентов, так и тяжестью функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности – выраженные нарушения ограничения мобильности определены у 49,6%, самообслуживания – у 46,0% пациентов с посттравматическими артрозами.

Представлены необходимый объем и последовательность обследования пациента, позволяющие определить стратегию ведения пациентов данной нозологической группы от этапа ранней диагностики ПТА до реконструктивной хирургической операции и дальнейшее определение программы реабилитационных мероприятий.

Abstract: Based on a comprehensive survey and analysis of the results of treatment and rehabilitation of 185 patients with posttraumatic arthrosis (PTA)

have developed a method of medical rehabilitation at PTA limb joints based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). The social significance of the problem of examination and rehabilitation is defined as the working age of patients and the severity of functional disorders and life constraints - expressed disturbances of mobility constraints identified in 49.6% of self-service - in 46.0% of patients with posttraumatic arthrosis.

It presents the necessary volume and consistency of patient examination, allowing to define the strategy of the management of patients given nosology group stage of early diagnosis of PTA to reconstructive surgery and further definition of the program of rehabilitation.

Экспертиза и реабилитация пациентов с посттравматическими артрозами (ПТА) суставов конечностей, остается одной из наиболее сложных и актуальных проблем современной травматологии и ортопедии. Крайне актуальна и социально-экономическая значимость данной проблемы, поскольку наибольшее количество случаев ПТА (60-82,5%) регистрируют преимущественно среди лиц трудоспособного возраста, что также сопровождается высоким удельным весом (до 35%) пациентов, признанных инвалидами [1].

Цель исследования. Разработать методологию применения международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) для оценки исходного состояния и эффективности медицинской реабилитации (МР) пациентов с ПТА крупных суставов конечностей.

Материалы и методы. Проведено обследование 185 пациентов с ПТА. Средний возраст пациентов – 51,92±4,50 года, период исследования – 2013–2015гг. В трудоспособном возрасте – женщины 18-54 лет, мужчины 18 – 59 лет – было 60 (32,43 %) пациентов. Использованы методы оценки функции сустава, структуры нижней и верхней конечностей, функциональной активности и участия у пациентов с ПТА для количественного представления в категориях МКФ и последующей оценки элементов структуры реабилитационного профиля пациентов и эффективности их медицинской реабилитации.

Результаты. Используя инструментарий МКФ, можно на уровне организма, личности и общества довольно точно исследовать характер и выраженность ограничений жизнедеятельности, что в последующем позволяет обосновать необходимость и объем реабилитационных мероприятий [2,3].

Методология оценки исходного состояния и эффективности МР пациентов с ПТА крупных суставов происходит на основе листа индивидуального МКФ-профиля, который целесообразно использовать на этапах реабилитации пациентов с ПТА для проведения медицинской экспертизы и реабилитации при ПТА. В листе МКФ учитывается проведенная экспертно-реабилитационная диагностика (ЭРД), где

используется классификация МКФ (оценка выраженности кодов структуры, функции, активности и участия) и в соответствии с индивидуальным профилем назначаются реабилитационные программы и технические средства реабилитации (ТСР).

Лист индивидуального МКФ-профиля включает в себя ЭРД следующих определителей категорий доменов (ОКД):

1. Оценка ОКД для набора МКФ-кодов b-функции организма;
2. Оценка ОКД для набора МКФ-кодов s-структуры организма;
3. Определение ОКД для набора МКФ-кодов d-активности и участия в домене мобильность;
4. Определение ОКД для набора МКФ-кодов d-активности и участия в доменах самообслуживание и бытовая жизнь;
5. Определение ОКД для набора МКФ-кодов d-активности и участия в домене главные сферы жизни;
6. Оценка влияния контекстовых факторов при ПТА в домене факторы окружающей среды на структуры, функции, активность и участие.

Проведенное изучение позволяет уточнить диагноз, определить ОКД, уточнить индивидуальный МКФ-профиль и согласно ему составить индивидуальную программу МКФ-реабилитационного медицинского вмешательства, которая осуществляется согласно алгоритма медицинской реабилитации при ПТА суставов конечностей.

Разработанный алгоритм предполагает:

1. Определение показаний к проведению МР на отдельных ее реабилитационных этапах.
2. ЭРД с использованием базовых МКФ-наборов и отражением в диагностическом заключении трех аспектов:
   a. Базовый МКФ-категорийный набор при ПТА;
   b. Лист индивидуального МКФ-профиля;
   c. МКФ-реабилитационный дисплей динамики нарушений функций и ограничений жизнедеятельности.
3. Формирование индивидуального маршрута и индивидуальной программы медицинской реабилитации.
4. Оценка качества реабилитационного медицинского вмешательства.

Критерии эффективности результатов реабилитации пациентов с ПТА включают: отсутствие или существенное снижение проявлений суставного синдрома, отсутствие рецидивов синовита, замедление рентгенологического прогрессирования процесса, деструктивных изменений суставного хряща (по данным рентгенографии, ультразвукового исследования суставов, МРТ), улучшение качества жизни пациента и корректировку психологического статуса. Для оценки эффективности медицинской реабилитации учитывали данные индивидуального МКФ-профиля, полученные в процессе реабилитации.

Использование МКФ при реабилитации пациентов с ПТА крупных суставов конечностей позволяет выявить улучшение жизнедеятельности,

участия и активности пациента, даже если нарушения остаются на прежнем уровне, уделяя внимание адаптации пациента к физической и социальной среде (протезирование, ТСР, адаптация окружения).

Заключение. Таким образом, разработанный авторами «Метод проведения медицинской реабилитация при посттравматических артрозах суставов конечностей на основе МКФ» обеспечивает объективизацию назначения реабилитационных мероприятий, повышает качество реабилитации в целом, в том числе в отношении принятия последующего решения о разработке индивидуальной программы реабилитации (ИПР) и ее составляющих реабилитационных медицинских, социальных и профессиональных мероприятий.

Список литературы.

1. Миронов, С. П. Остеоартроз: современное состояние проблемы (аналитический обзор) / С. П. Миронов, Н. П. Омельяненко, А.К. Орлецкий // Вестн. травматологии и ортопедии. - 2001. - № 2. – С. 96-99.
2. Смычек, В.Б Современные аспекты инвалидности / В.Б. Смычек.- Минск: БГАТУ, 2012.-268с.
3. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. – World Health Organization, 2001.

УДК 616-036.86

Копыток А.В.

Потребность лиц с ограниченными возможностями в мероприятиях медицинской реабилитации

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

Kapytok A.V.

NEEDS OF PERSONS WITH DISABILITIES IN MEASURES OF MEDICAL REHABILITATION

State Institution «National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation», settlement Gorodische, Republic of Belarus

Ключевые слова: медицинская реабилитация, индивидуальная программа медицинской реабилитации пациента, лицо с ограниченными возможностями.

Keywords: medical rehabilitation, an individual program of medical rehabilitation of the patient, a person with disabilities.

Аннотация. Медицинская реабилитация является важной составляющей многогранного единого процесса реабилитации, так как она стоит у истоков реабилитации и начинается с применения медицинских мероприятий, от успешности которых зависят возможности реализации других аспектов реабилитации. В статье представлены результаты изучения потребности лиц с ограниченными возможностями в мероприятиях медицинской реабилитации.

Abstract. Medical rehabilitation is an important aspect of a single multifaceted rehabilitation process, as it stands at the beginning of rehabilitation and begins with the application of public health interventions, the success of which depend on the possibility of implementing other aspects of rehabilitation. The article presents the results of studying the needs of persons with disabilities in the measures of medical rehabilitation.

Актуальность. В условиях современной демографической ситуации важнейшей задачей здравоохранения становится сохранение и преумножение трудовых ресурсов страны путем снижения инвалидизации населения и потерь общества от временной нетрудоспособности и инвалидности. Одно из важных направлений решения данной задачи – развитие медицинской реабилитации [1,2]. В соответствии со статьей 25 Закона Республики Беларусь «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» государство гарантирует медицинскую реабилитацию инвалидов в государственных организациях здравоохранения в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь о здравоохранении [3].

С современных позиций медицинская реабилитация (МР) показана детям и взрослым, у которых нарушение здоровья создает потенциальную или реальную угрозу снижения качества жизни, нарушает социальный, семейный и профессиональный статус пациента, приводит к зависимости или делает невозможным нормальное воспитание, обучение и социальную интеграцию ребенка. Основной целью медицинской реабилитации является преодоление уже возникших ограничений жизнедеятельности, частичное или полное восстановление утраченных или сниженных способностей, в том числе к трудовой деятельности [2].

Цель исследования. Изучение потребности лиц с ограниченными возможностями в мероприятиях медицинской реабилитации.

Материалы и методы. Определение потребности лиц с ограниченными возможностями в мероприятиях МР проводилось на основании выборочного исследования. В исследование было вовлечено 140 чел., из них 70 чел. не имели инвалидности, 70 чел. являлись инвалидами. Анализировались индивидуальные программы медицинской реабилитации (ИПМР) пациентов, сформированных в отделениях медицинской

реабилитации амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения. Обработка результатов исследования проводилась с использованием стандартного пакета статистического и математического анализа программного приложения Microsoft Excel.

Результаты исследования. В соответствии с Законом Республики Беларусь «О здравоохранении» медицинская реабилитация включает комплекс медицинских услуг, направленных на восстановление нормальной жизнедеятельности организма пациента и компенсацию его функциональных возможностей, нарушенных в результате заболевания [4].

Одним из главных документов, определяющих цель реабилитации; реабилитационный потенциал пациента; объем реабилитационной помощи; сроки ее реализации; состав специалистов, осуществляющих реабилитационные назначения; материально-техническую базу, необходимую для выполнения реабилитационных мероприятий является индивидуальная программа медицинской реабилитации (ИПМР) пациента. Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 октября 2009 г. № 998 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения при осуществлении медико-социальной экспертизы» утверждена форма ИПМР пациента, включающая: паспортно-регистрационные данные о пациенте, медицинский статус пациента (код по МКБ-Х основного и сопутствующего заболеваний, временная нетрудоспособность), группу инвалидности, ограничения жизнедеятельности, цель реабилитации, реабилитационный потенциал, объем реабилитационной медицинской помощи, показатели характеризующие конечный результат медицинской реабилитации: полнота выполнения ИПМР, причины невыполнения ИПМР, заключительные рекомендации [5].

ИПМР пациента заполняется организацией здравоохранения в случаях осуществления медицинской реабилитации пациентов с признаками инвалидности (до их направления на медико-социальную экспертизу) или вынесения медико-реабилитационной экспертной комиссией заключения для организации здравоохранения по месту жительства инвалида о формировании индивидуальной программы медицинской реабилитации [5].

По состоянию на 30.09.2016 г. в государственных организациях здравоохранения республики функционировало 323 отделения медицинской реабилитации (с учетом отделений организаций республиканского подчинения), в том числе, 96 стационарных отделений и 227 амбулаторно-поликлинических.

Амбулаторный этап медицинской реабилитации – осуществляется в реабилитационных отделениях (при их отсутствии – в профильных отделениях) амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения: территориальных городских поликлиниках, поликлиниках районных больниц, медико-санитарных частях промышленных предприятий пациентам с легкими нарушениями функций; легкими, умеренно выраженными,

выраженными нарушениями, в том числе ограничениями жизнедеятельности (ФК 1, ФК 2, ФК 3), при отсутствии необходимости круглосуточного медицинского наблюдения и использования интенсивных методов реабилитации, при наличии способности к самостоятельному передвижению (или с дополнительными средствами опоры) и самообслуживанию, с уровнем физических, умственных и психических способностей, соответствующих положительному прогнозу восстановления функций.

Первично на амбулаторный этап медицинской реабилитации направляются пациенты с легкими нарушениями функций и легкими нарушениями, в том числе ограничениями жизнедеятельности (ФК 1), из профильных отделений организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, после завершения курса интенсивного лечения в остром периоде, в послеоперационном раннем восстановительном периоде. На амбулаторный этап медицинской реабилитации пациенты могут быть направлены после проведения медицинской реабилитации в стационарных условиях с умеренными и выраженными ограничениями жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3) или после домашнего этапа медицинской реабилитации в случае уменьшения нарушений, в том числе ограничений жизнедеятельности до ФК 3.

При проведении МР в амбулаторных условиях на пациента заполняется врачом-реабилитологом ИПМР пациента в случаях, если: у пациента имеется высокий риск выхода на инвалидность (до его направления на медико-социальную экспертизу); вынесено заключение медико-реабилитационной экспертной комиссии о нуждаемости пациента в медицинской реабилитации.

Для определения потребности лиц с ограниченными возможностями в мероприятиях МР проанализировано 140 ИПМР пациентов, сформированных в отделениях МР амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения.

В возрастной структуре выборочной совокупности преобладали лица в возрасте 50-59 лет, составляя 34,3% (48 чел.), второй по численности была возрастная группа 60-69 лет – 46 чел. (32,9%). Анализ возрастной структуры контингента реабилитантов с инвалидностью и без инвалидности показал так же преобладание лиц в данных возрастных группах.

В нозологической структуре выборочной совокупности превалировали болезни системы кровообращения – 70,0% (98 чел.). Среди реабилитантов класса болезней системы кровообращения основную массу составляли пациенты вследствие ишемической болезни сердца – 57 чел. (58,2%). Доля пациентов вследствие цереброваскулярных заболеваний составляла 29,6% (29 чел.). Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани с удельным весом в общей структуре 12,9% (18 чел.) занимали 3-е место. Далее следовали лица, прошедшие курс реабилитации вследствие травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин – 5,0%, болезней эндокринной системы – 3,6%, болезней нервной системы – 2,9%.

Анализ структуры ограничений жизнедеятельности выявил, что практически у всех реабилитантов отмечалось нарушения способности к трудовой деятельности – 97,9%. Нарушения способности к передвижению регистрировалось у 95,0% реабилитантов, способности к самообслуживанию – у 94,2%, способности контролировать свое поведение и способности к общению – у 6,4%, способности к ориентации – у 5,0%.

Среди мероприятий МР, для восстановления имеющихся у реабилитатов ограничений жизнедеятельности, наиболее востребованными являлись лечебная физкультура (100%) и психотерапия (100%). Потребность в водолечении составляла 53,6%, аппаратной физиотерапии – 45,7%, рефлексотерапии – 40,7%, массаж – в 7,9%. Обучении в «школе» пациента было востребовано в 97,9%.

Анализ потребности в мероприятиях МР среди реабилитантов без инвалидности и с инвалидности показал, что психотерапия и лечебная физкультура требовалась в 100% случаев. Аппаратная физиотерапия, рефлексотерапия, обучение в «школе» пациента наиболее востребованы были среди пациентов без инвалидности, составляя 51,4%, 47,1%, 100% против 40,0%, 34,3%, 85,7% среди пациентов с инвалидностью. В водолечении наиболее нуждались реабилитанты с инвалидностью – 61,4% против 45,7% у реабилитантов без инвалидности.

Заключение. Реализация мероприятий МР пациентов имеющих высокий риск выхода на инвалидности, или являющихся инвалидами осуществляется на основании индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента. Анализ ИПМР пациентов сформированных в отделениях МР амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения показал, что среди мероприятий МР, для восстановления имеющихся ограничений жизнедеятельности, наиболее востребованными являлись лечебная физкультура (100%), психотерапия (100%), обучение в «школе» пациента (97,9%). Высока также потребность в водолечении (53,6%), аппаратной физиотерапии (45,7%), рефлексотерапии (40,7%).

Список литературы

1. Смычек В.Б. Современные аспекты инвалидности. Минск: БГАТУ, 2012. 268 с.

2. Смычек В.Б., Копыток А.В. Экспертно-реабилитационная помощь в Республике Беларусь. Мн.: БГАТУ. 2012. 536 с.

3. Закон Республики Беларусь от 23 июля 2008 года № 422-З «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов».

4. Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 N 2435-XII (ред. от 16.06.2014) "О здравоохранении".

5. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 октября 2009 г. № 998 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения при осуществлении медико-социальной экспертизы».

6. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.12.2014 года № 1300 «О порядке оказания медицинской реабилитации в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, а также вне организаций здравоохранения».

УДК 614.2

Карасаева Л.А., Каличава А.Ш.

СОСТОЯНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ОБОСНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННОГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕР

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (Санкт-Петербург)

Karasaeva L. A., Kalichava A. Sh.

THE STATE OF DISABILITY DUE TO OBLITERATING ATHEROSCLEROSIS OF THE LOWER LIMBS OF ST. PETERSBURG AND THE RATIONALE FOR THE ORGANIZATIONAL IMPROVEMENT OF THE SYSTEM OF REHABILITATION MEASURES

FGBU DPO "St. Petersburg Institute of improvement of doctors-experts" of the Ministry of labour and social protection of the Russian Federation (St. Petersburg)

Key words. Primary disability, disability, employment, rehabilitation, obliterating atherosclerosis of the lower extremities.

Ключевые слова. Первичная инвалидность, ограничения жизнедеятельности, трудовая деятельность, реабилитация, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей.

Аннотация. В статье дан краткий анализ общей, первичной и повторной инвалидности вследствие облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей в Санкт-Петербурге за 2015 год. Приведены данные о потребности в технических средствах реабилитации, медицинском, социальном и профессиональном направлениях реабилитации. На основании данных об особенностях структуры инвалидности и потребности инвалидов вследствие облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей в реабилитации обоснована необходимость организации комплексной

реабилитации и трудоустройства, в том числе, в специально созданных условиях труда.

Abstract. The article gives a brief analysis of the General, primary and repeated disability due to obliterating atherosclerosis of lower extremities vessels in Saint-Petersburg in 2015. The data on needs for technical means of rehabilitation, medical, social and vocational areas of rehabilitation. On the basis of the peculiarities of the structure of disability and needs of persons with disabilities due to obliterating atherosclerosis of the lower extremities rehabilitation, the necessity of the organization of complex rehabilitation and employment, including in specially created conditions.

Актуальность. В России на протяжении последних десятилетий в структуре первичной инвалидности болезни системы кровообращения стабильно удерживают первое ранговое место, причем наряду с цереброваскулярными болезнями и ишемической болезнью сердца дефинируют облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей [1]. Основной причиной инвалидизации пациентов, страдающих данной патологией, является недостаточная эффективность консервативного медикаментозного лечения, наличие высокого риска потери конечности или ее сегмента, появление и развитие ограничений жизнедеятельности и возникающая потребность и необходимость в социальной защите и проведении комплексной реабилитации [2, 3].

Методы и объем исследования. В связи с поэтапным введением в действие информационно-статистической программы «ЭВИАС» в ФКУ «Главное бюро МСЭ по г. Санкт- Петербургу» нами представлена полноценная информация относительно инвалидов, вследствие облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей (ОАСНК) по медико-социальным и экспертно-реабилитационным характеристикам за 2015 г. Были проанализированы данные об инвалидности и потребности инвалидов в мерах реабилитации инвалидов вследствие ОАСНК согласно федеральной государственной формы статистической отчетности формы 7-собес за период с 01.01.2015 г. по 31.12 2015 г.

Результаты. За 2015 г. в Главном бюро МСЭ по Санкт-Петербургу было первично признано инвалидами (ПИ) по облитерирующему атеросклерозу сосудов нижних конечностей 2112 чел. больных.

В структуре общей инвалидности вследствие ОАСНК удельный вес впервые признанных инвалидами (ВПИ) составил 22,1%, доля повторно признанных инвалидами (ППИ) составила 77,9%.

Анализ структуры ВПИ показал, что примерно одинаковую долю составляли инвалиды II и III групп. В структуре ППИ лидировали инвалиды II группы, а также установлено значительное увеличение удельного веса инвалидов I группы, доля которых практически сравнялась (и даже чуть превышала) долю инвалидов III группы.

Анализ динамики общей инвалидности вследствие ОАСНК показал, что лица впервые признанные инвалидами с установленной II группой инвалидности и переходящие при последующем освидетельствовании в категорию ППИ увеличивают численность инвалидов I группы почти в два раза (в 1,8 раз.). Также в структуре повторно признанными инвалидами отмечено увеличение по сравнению с ВПИ доли инвалидов II группы (с 43,1% до 52,6%).

Данное обстоятельство обосновывало необходимость мер по организации разработки и реализации индивидуальных программ реабилитации/абилитации (ИПРА) инвалида с целью профилактики утяжеления инвалидности у лиц данного контингента.

Поскольку наличие ограничений жизнедеятельности (ОЖД) и степень их выраженности являются основными показаниями, обосновывающими назначение и проведение мероприятий медико-социальной реабилитации, технических средств реабилитации и услуг, нами проанализированы данные реабилитационно-экспертной диагностики по наличию и характеристикам ОЖД согласно информации представленной в отчетной форме.

У инвалидов с ОАСНК лидировали ОЖД в самостоятельном передвижении и трудовой деятельности (95,0% и 94,1% соответственно), на втором месте определялось ОЖД в самообслуживании (84,0%); удельный вес остальных категорий ОЖД оказался невысоким.

Следовательно, наличие у инвалидов с ОАСНК ограничений жизнедеятельности в самостоятельном передвижении, трудовой деятельности и самообслуживании обосновывает назначение мероприятий комплексной медико-социальной реабилитации, направленной в медицинском аспекте на восстановление или компенсацию нейромышечных и скелетных функций и функций внутренних органов (прежде всего сердечно-сосудистой и дыхательной систем, поскольку атеросклерозом поражаются не только нижние конечности, но страдает вся сосудистая система организма) с целью компенсации ОЖД в самостоятельном передвижении и самообслуживании. Наличие ОСТД обосновывает разработку организационных мероприятий по профессиональной реабилитации инвалидов для включения в показанную им трудовую деятельность. Поэтому с целью определения приоритетных направлений медико-социальной реабилитации были проанализированы потребности инвалидов с ОАСНК в мероприятиях комлексной медико-социальной реабилитации и технических средствах реабилитации (ТСР).

Оказалось, что наиболее высокими потребностями инвалидов с ОАСНК по медицинскому направлению выявлены потребности в мерах реабилитационно-восстановительного лечения – 99,7%, санаторно-курортного лечения – 73,6 %.

Высокие потребности определялись в ТСР - 94,9%, особенно в ТСР, компенсирующих самостоятельное передвижение: костылях, опорах, ходунках – 68,7%, протезах – 10,5%, кресло-колясках – 20,1%.

В социальной реабилитации нуждались инвалиды: социально-средовой –71,4%, социально-психологической – 66,4%, социально-бытовой адаптации – 53,3%. Установлено недостаточное определение специалистами бюро МСЭ потребности в физкультурно-оздоровительных мероприятиях – 18,1%, при том, что у данного контингента доминировало ОЖД в самостоятельном передвижении.

Показатель потребности инвалидов с ОАСНК в трудоустройстве составил 71,4%, в профориентации – 27,9%.

Была специально проанализирована структура потребности инвалидов вследствие ОАСНК в разных формах трудоустройства. Анализ показал, что в трудоустройстве в специально созданных условиях, в том числе на дому, нуждалось 59,3,0% инвалидов вследствие ОАСНК.

Изучение потребностей инвалидов с ОАСНК в мероприятиях медико-социальной реабилитации и ТСР показало, что у этой категории определялись высокие потребности во всех видах реабилитации и ТСР.

Заключение. Таким образом, инвалиды вследствие ОАСНК представляет собой неблагоприятный в медико-социальном отношении контингент, характеризующийся прогрессированием тяжести инвалидности при повторных освидетельствованиях в бюро МСЭ. Инвалиды с ОАСНК имели выраженные ограничения жизнедеятельности в трех ведущих категориях: в самообслуживании, самостоятельном передвижении и трудовой деятельности. У них определялись высокие потребности в ТСР, медицинской, социальной и профессиональной реабилитации, в том числе, в организации специальных условий трудовой деятельности. Из-за наличия ограничений в самостоятельном передвижении и отсутствии социально-средовых условий проживания многим показан труд в надомных условиях.

Установленный неблагоприятный социально-экономический прогноз инвалидизации лиц, страдающих ОАСНК, обуславливает многостороннее изучение причин, как внутренних, связанных с характером и особенностями патологии, так и внешних, связанных с организацией, качеством, своевременностью и эффективностью оказания им реабилитационной помощи.

Список литературы:

1. Азаров, А.В. Закономерности формирования первичной инвалидности вследствие заболеваний сосудов нижних конечностей / А.В. Азаров // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. М., 2010. №1. С.55–58. 13.

2. Иващенко, Л.В. Медико-социальные аспекты инвалидности и возможности реабилитации инвалидов вследствие облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей в условиях Крайнего Севера / Л.А. Иващенко // Автореф. дис. канд. мед. наук.- СПб. – 2012.- 32с.

3. Карасаева, Л.А. Нерешенные проблемы в системе профессиональной реабилитации инвалидов / Л.А. Карасаева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация.М., 2008. № 2. С. 10–14.

УДК 159.99, 364.

Гордиевская Е.О.

СОДЕРЖАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В СТРУКТУРЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ.

ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России,
Санкт-Петербург

Gordievskaya E.O.

THE CONTENT OF PSYCHOLOGICAL REHABILITATION IN THE STRUCTURE OF COMPLEX REHABILITATION AND HABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES.

St. Petersburg Scientific and Practical Center of Medical-Social Expertise, Prosthetics and Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Ключевые слова: инвалид, психологическая реабилитация, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Keywords: disabled, psychological rehabilitation, International Classification on Functioning, Disability and Health (ICF).

Аннотация: психологическая реабилитация рассматривается как неотъемлемый элемент любых видов реабилитационных мероприятий, указываются ее задачи в рамках основных направлений реабилитации.

Abstract: psychological rehabilitation is considered as an integral element of all types of rehabilitation measures, indicating its tasks in the framework of the main directions of rehabilitation.

Сегодня факт необходимости включения мероприятий по психологической реабилитации в различные направления абилитации и реабилитации является общепризнанным, подтвержденным и закрепленным основными документами (принятыми в РФ и на международном уровне),

регламентирующими процесс реабилитации и абилитации инвалидов. Так, в Конвенции о правах инвалидов констатируется право инвалидов на психологическое восстановление, социальную реинтеграцию в случае столкновения с дискриминацией; в сфере абилитации и реабилитации - на возможность достижения и сохранения максимальной независимости, полных физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и полного включения и вовлечения во все аспекты жизни; Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в каждом домене содержит категории, исследуемые и оцениваемые с помощью методов психологической диагностики и определяющие значимые аспекты психологического статуса инвалида, актуальные в процессе осуществления психологической абилитации\реабилитации; Федеральный закон РФ от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 29.12.2015) "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" определяет социально-психологическую реабилитацию в числе основных направлений реабилитации и абилитации инвалидов. Указанное неизбежно предполагает задействование механизмов психологической реабилитации, нацеленных на максимально возможное, в соответствии с имеющимся реабилитационным потенциалом, восстановление социальных функций, расширение репертуара социальных ролей, восстановление и развитие социально-психологических качеств и способностей, определяющих эффективную интеграцию в социум людей, имеющих инвалидность. При общей универсальности методов психологической реабилитации в методологическом плане, следует обратить внимание на целевую содержательную специфику психологической реабилитации как таковой в зависимости от реализации в структуре различных направлений реабилитации. Так, в рамках медицинской реабилитации в качестве задач психологической реабилитации могут выступать: формирование гармоничного отношения к заболеванию; активной позиции к рекомендуемым реабилитационным мероприятиям; адекватных ожиданий к результатам реабилитации; снятие невротических и неврозоподобных расстройств, препятствующих адаптации инвалида; сглаживание эмоциональных и интеллектуальных расстройств, связанных с патогенезом заболевания, не позволяющих адекватно отражать действительность, полноценно жить и осваивать социальные роли. В рамках профессиональной реабилитации: формирование позитивных адекватных установок на показанную профессиональную деятельность; развитие мотивации к трудовой деятельности в целом, активизация позиции в отношении трудоустройства; сглаживание эмоциональных и интеллектуальных расстройств, препятствующих обучению и профессиональной деятельности; коррекция невротических расстройств, не позволяющих инвалиду освоить социальные роли, необходимые для включения в трудовую деятельность. В рамках социально-бытовой адаптации: восстановление психических функций, обеспечивающих самообслуживание (например, психомоторных

навыков, функций памяти, внимания); снятие эмоциональных и невротических расстройств, препятствующих развитию навыков бытовой деятельности (приготовления пищи, посещения магазинов); развитие навыков бытового общения, позволяющих оптимизировать выполнение социальных ролей; формирование адекватных представлений о перспективах семейной жизни, выполнении семейных ролей; психологическая адаптация к техническим средствам реабилитации.

Необходимо подчеркнуть, что психологическая реабилитация - неотъемлемый элемент (скрытый или явный) любых видов реабилитационных мероприятий. Это связано о наличием того или иного социального эффекта каждого реабилитационного воздействия с тем или иным субъективным отношением к последнему со стороны инвалида. При этом потенциальные ресурсы психологической реабилитации за счет гибкости, пластичности механизмов психической деятельности, их чрезвычайно высоких компенсаторных возможностей, являются практически, если не безграничными, то значительными, и их рациональное использование позволяет достигнуть необходимого эффекта реабилитации (уровня социальной интеграции) и в тех случаях, когда результативность других реабилитационных мероприятий оказывается низкой.

УДК 612.741.1: 615. 477. 21

Белянин О.Л., Буров Г.Н., Большаков В.А., Гордиевская Е.О., Ерофеев М.А.

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛЕКТРОАКТИВНОСТИ МЫШЦ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ УПРАВЛЕНИЯ СОЧЕТАННЫМИ ДВИЖЕНИЯМИ КИСТИ ЕЁ ПРОТЕЗА

ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России,
Санкт-Петербург

Belyanin O.L., Burov G.N., Bolishakov V.A., Gordievskaya E.O., Erofeev M.A.

USE MUSCLES ELEKTROAKTIVTY OF THE FOREARM POSSIBILITY FOR ORGANIZATION OF MANAGEMENT COMBINED MOVINGS THE HAND PROSTHETIC DEVICE

St. Petersburg Scientific and Practical Center of Medical-Social Expertise, Prosthetics and Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht,
St. Petersburg

Ключевые слова: верхняя конечность, кисть, электроактивность, мышцы, сочетанные движения, управление.

Keywords: upper extremity, prosthetics, effective, muscles, elektroaktiv, combined moving, management.

Аннотация. Биоэлектрическое управление сочетанными движениями «кисти» протеза затруднено вследствие сложности компановки мышц предплечья и трудности дифференцированного отведения их электроактивности накожными электродами. Предлагается двухканальная система управления сочетанными движениями «кисти» на основе электросигналов мышц для её флексии-экстензии и сигналов механодатчиков для ротации.

Abstracts. Bioelektric control combined motion "hand" prosthetic device associate with difficulty in consequence of complex compaund forearm muscles, realizing these motions and difficulties of the differentiated reception their elektroaktivity by superficial electrodes. It is offered dual-link managerial system by combined "hand" motion on base electrosignals from muscles for its inflections-extensions and signals with mechanical sensors for rotation.

Протезирование инвалидов после ампутаций верхних конечностей является трудной задачей из-за многообразия и сложности их функций, а сложность управления протезом возрастает с повышением уровня ампутации. При экзартикуляции кисти, низких и средних уровнях она определяется функциональностью «кисти». При высоких уровнях из-за потери большинства источников управления «кисти» протезисты предпочитают простые тяговые и косметические протезы, что не создаёт той её функциональности, которая получается с применением биоэлектрических. Такие разработки уже достаточно далеко продвинуты, но и они реализуют только изолированные движения. Протезы, осуществляющие сочетанные, но автономно управляемые движения «кисти» - синергии, пока не представлены. Это обусловлено множественностью и многослойностью групп мышц предплечья, плотностью их компановки, синактивацией даже при простых суставных движениях и синергиях. Использование накожных электродов с достаточно большой поверхностью покрытия и перекрытия различных мышечных групп не позволяет проводить дифференцированное отведение их электроактивности. От глубоких слоёв это невозможно методически. Миниатюризация электродов повышает уровень помех, а за счёт смещений при пересмене гильзы снижает и надёжность получения полезного сигнала. Использование вживлённых в мышцы или нервные стволы электродов ограничено сроком эксплуатации (до 2-3 лет), допустимым их количеством и нуждаемостью в контактном разъёме для соединения со входом системы управления при надевании протеза. Поэтому актуальна разработка биоуправляемых протезов, которые позволяют осуществлять сложные сочетанные движения (флексия-экстензия «кисти» с

её одновременной ротацией). У 32 инвалидов проведено исследование произвольной электроактивности мышц предплечья при реализации «простых» движений «кисти»: флексии, экстензии, ротации и их сочетаний. Исследование показало её достаточную степень выраженности (263-358 мкВ), но также и трудность её дифференцированного использования для управления сочетанными движениями «кисти» при отведении от накожных электродов. Тогда для этой цели следует создать два или более независимых каналов. Один – биоэлектрический от мышц, другой – от механодатчиков регистрации параметров ротации предплечья. Поскольку электроактивность мышц при ротации на угол до 20° не велика (до 120 мкВ) по сравнению с флексорно-экстензорной (до 350-470 мкВ), то при сочетанном движении «кисти» она может быть отфильтрована. Полученный биоэлектрический сигнал обработкой на программном комплексе «МуоВоу» трансформировали в однополярный сглаженный сигнал пропорционального управления флексией и экстензией «кисти». Ротация при этом управлялась сигналом с механического датчика поворота внутренней гильзы на угол до 20° относительно наружной. Исследования возможности организации такого управления двумя функциями искусственной «кисти» на полунатурном макете показали, что в диапазоне естественных напряжений мышц с электроактивностью 360-458 мкВ и одновременной ротацией внутренней гильзы протеза на угол до 20° его «кисть» совершает заданные сочетанные движения в полном объёме. Их скорость пропорциональна крутизне монополярного электросигнала мышц. Скорость и объём ротации «кисти» – этим же параметрам ротации внутренней гильзы. Такая комбинированная сервосистема управления сочетанными движениями «кисти» требует краткого дополнительного обучения с предварительным тестированием базовых нейродинамических, психомоторных и личностных свойств инвалида для выработки индивидуальной программы.

Межведомственное взаимодействие при освидетельствовании и реабилитации инвалидов.

Экономика реабилитации.

Вопросы совершенствования программы повышения квалификации специалистов Учреждений МСЭ.

Профилактика инвалидности.

УДК 364.65

Качыбекова Л.И., Абазбекова К.Т.

ОПЫТ КЫРГЫЗСТАНА ПО КООРДИНАЦИИ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, г. Бишкек, Кыргызская Республика
Республиканский Центр медико-социальной экспертизы при Министерстве труда и социального развития Кыргызской Республики, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Kachybekova L.I., Abazbekova K.T.

KYRGYZ EXPERIENCE ON COORDINATION OF INTERAGENCY COOPERATION AT THE REGIONAL LEVEL IN REALIZATION OF THE PROGRAMS ON REHABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES

Kyrgyz State Medical Institute of retraining and advanced training, Bishkek c., Kyrgyz Republic
Republican Center of Medical - Social Expertise of the Ministry of Labor and Social Development, Bishkek c., Kyrgyz Republic

Ключевые слова: реабилитация, координация, межведомственное взаимодействие, лица с ограниченными возможностями здоровья, медико-социальная экспертная комиссия, местное сообщество.

Key word: rehabilitation, coordination, interagency cooperation, person with disabilities, medical-social expertise commission, local community.

Аннотация. В статье рассмотрен опыт Кыргызстана по координации межведомственного взаимодействия при реализации программ реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья на региональном уровне.

Abstract. The article describes the experience of Kyrgyzstan to coordinate inter-agency cooperation in realization the rehabilitation programs for persons with disabilities at the regional level.

Введение. Комплексный, многосекторальный характер реализации программ реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья является одной из причин неэффективной межведомственной координации, что особенно ярко проявляется на региональном уровне.

Цель. Показать эффективность простых совместных управленческих решений на региональном уровне в межведомственной координации реализации программ реабилитации.

Материалы и методы. Проведен анализ отчетов территориальных медико-социальных экспертных комиссий (МСЭК) Кыргызстана в части назначения и оценки результатов индивидуальных программ реабилитации (ИПР) после введения практической разработки, позволяющей повысить эффективность межведомственной координации.

Результаты.

В Кыргызстане на 01.01.2015 года зарегистрировано 168,7 тыс. лиц с ограниченными возможностями здоровья, в том числе 27,4 тыс. детей до 18 лет, что составляет 2,8% от населения страны [1].

Одним из ключевых направлений государственной политики Кыргызстана в отношении лиц с ограниченными возможностями здоровья (ЛОВЗ) является обеспечение комплексной реализации индивидуальных программ реабилитации (ИПР) на основе ответственности органов государственной власти и местного самоуправления, юридических лиц, независимо от форм собственности, и должностных лиц, работающих в различных сферах (здравоохранение, социальная защита, образование, сектор занятости) [2]. Комплексный, многосекторальный характер реализации ИПР ЛОВЗ требует межведомственной координации, особенно региональном уровне.

Своеобразным прообразом такой координации были комплексные планы по вопросам профилактики инвалидности органов социального обеспечения и здравоохранения, с привлечением профессиональных союзов и хозяйственных организаций в советский период. Такие планы утверждались исполнительными комитетами - органами местной власти [3].

Всемирная организация здравоохранения также позиционирует аналогичный подход в виде широкой многосекторальной стратегии реабилитации ЛОВЗ на уровне общин [4].

В Кыргызстане контроль за реализацией ИПР возложен на МСЭК [5]. Всего функционируют 27 МСЭК, которые находятся в ведомственной принадлежности Министерства труда и социального развития Кыргызской Республики, и распределены по каждому региону (7 областей, города Бишкек и Ош) в соответствии с численностью обслуживаемого населения. К сожалению, в реальной практике у МСЭК недостаточно инструментов воздействия и влияния на полноценную реализацию ИПР [6]. Эта негативная тенденция усугубляется ограниченными ресурсами службы МСЭК, что привело к крайне низким показателям назначения ИПР гражданам, признанными ЛОВЗ: в 2012 году - 1,2% взрослым, 2,6% - детям. В 2013 году – 1% и 0,8% соответственно. Одной из причин такой ситуации указывалось на отсутствие системной координации реализации ИПР, что потребовало поиск реалистичных и эффективных решений.

Со второй половины 2014 года в Кыргызстане для повышения эффективности координации ИПР предложены типовые планы совместных действий органов местной власти и территориальных МСЭК по социальной интеграции ЛОВЗ (далее - Планы). Это предложение поддержано правительственным решением. [7].

Планы обеспечивают реализацию прав и гарантий ЛОВЗ в рамках ИПР, с привлечением средств республиканского и местных бюджетов и состоят из разделов:

- Информационно-образовательная работа;
- Обеспечение безбарьерной среды в регионе;
- Формирование, реализация и мониторинг индивидуальных программ реабилитации ЛОВЗ;
- Развитие услуг реабилитации и поддержки ЛОВЗ на уровне местного сообщества [7].

Ключевым принципом является совместное утверждение Планов руководителями органов местной власти и уполномоченного государственного органа в сфере труда и социального развития (министром труда и социального развития). Такой подход позволил не только усилить ответственность за их реализацию, но и придать региональные особенности Планам, в том числе учет особенностей динамики и структуры показателей инвалидности каждого региона Республики. Важным моментом стало постепенное формирование понимания и приверженности органов местной власти и сообществ к социальной интеграции ЛОВЗ через реализацию ИПР.

Реализация Планов начата в 4-х МСЭК, обслуживающих 14 районов и городов, с дальнейшим распространением (2015 - 2016 годы) по всем регионам Кыргызстана. Данные регулярного мониторинга Планов демонстрируют постепенное улучшение безбарьерной среды, расширение инклюзивного образования детей с ОВЗ, активизацию работы с НПО, работающих в сфере реабилитации ЛОВЗ. В отчетах МСЭК отмечаются факты:

- совместной работы МСЭК, организаций здравоохранения, образования, районных структур социального развития, органов местной власти (гг. Кара-Балта, Узген, Талас);
- включения 53% председателей территориальных МСЭК в состав Координационных советов по делам ЛОВЗ при местных администрациях;
- совместной работы с неправительственными организациями, работающими в сфере реабилитации (гг. Кара-Балта, Ош, Иссык-Кульская область).

Немаловажным является улучшение показателей назначения ИПР в 2015 году среди взрослых ЛОВЗ до 36,9% и среди детей с ОВЗ до 55,5% от всего признанных ЛОВЗ.

Ожидается, что данная деятельность позволит положить начало системной работы по формированию, реализации и мониторингу ИПР для повышения эффективности реализуемых программ реабилитации.

Заключение. Таким образом, придание региональности межведомственной координации реализации ИПР позволяет добиться устойчивости, реалистичности программ реабилитации и приверженности всех партнеров-участников к социальной интеграции ЛОВЗ.

Список литературы.

1. Здоровье населения и здравоохранение в Кыргызской Республике, 2010-2014, Статистический сборник под ред. А. Осмоналиева, Национальный статистический комитет КР – стр.242.
2. Закон Кыргызской Республики от 3 апреля 2008 года N 38 «О правах и гарантиях лиц с ограниченными возможностями здоровья» (В редакции Закона КР от 30 декабря 2009 года N 319)
3. Справочник документов по ВТЭ и трудоустройству инвалидов под редакцией П.А. Маккавейского. – Л.: Медицина, 1981г. – 576 с. Стр. 51-52.
4. Реабилитация на уровне общины // Руководство по РУО //Вводная информация - Всемирная организация здравоохранения, 2010 г. [Электронный ресурс]. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44405/30/9789241548052_introductory_rus.pdf?ua=1. (Дата обращения – 10.10.2016).
5. Постановление Правительства Кыргызской Республики от 31 января 2012 года № 68 «О медико-социальной экспертизе».
6. Смычек В.Б., Хулуп Г.Я., Милькаманович В.К. Медико-социальная экспертиза и реабилитация, Минск, ЮНИПАК 2005,- Стр. 369 – 377.
7. Распоряжение Правительства Кыргызской Республики от 19 августа 2015 года №402-р «О первоочередных мерах по подготовке и проведению реформы системы медико-социальной экспертизы в Кыргызской Республике на 2015-2017 годы».

УДК 616. 371

Барковская О.С., Реутова Е.А.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В СФЕРЕ ОБРАЗОВАНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

ФКУ ГБ МСЭ по Новосибирской области,
ГБУ НСО «ОЦДК», Новосибирск

Barkovskay O.S., Reutova E.A.

THE ORGANIZATION OF INTERDEPARTMENTAL INTERACTION AT IMPLEMENTATION OF INDIVIDUAL PROGRAMS OF REHABILITATION AND ABILITATION OF DISABLED PEOPLE IN EDUCATION OF THE NOVOSIBIRSK REGION

Federal State Institutions of Medical-Social Expertise,
Regional Centre for diagnosis and counseling, Novosibirsk

Ключевые слова: законодательство Российской Федерации, индивидуальная программа реабилитации и абилитации (ИПРА), реализация, инвалидность, межведомственное взаимодействие, инклюзивное образование, ограниченные возможности, доступная среда

Keywords: legislation of the Russian Federation, individual rehabilitation and abilitation program, implementation, disability, interagency cooperation, inclusive education, limited opportunities, accessible environment.

Аннотация: Статья посвящена анализу требований законодательства РФ по обеспечению реализации ИПРА для лиц с инвалидностью. Актуализирована необходимость межведомственного взаимодействия организаций и структур, осуществляющих деятельность в сфере образования, реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью. Представлен опыт по реализации ИПРА в сфере образования Новосибирской области.

Abstract: The article analyses the Russian legislation to ensure implementation of IPRA for persons with disabilities. Actualized need interagency cooperation organizations and agencies operating in the field of education, habilitation and rehabilitation of persons with disabilities. The experience on the implementation of IPRA in the field of education of the Novosibirsk region.

Смысловым центром изменений к проблеме инвалидности стала ратификация Россией Международной Конвенции ООН «О правах инвалидов» (2006 г.), которая обязала Российскую Федерацию обеспечить ее практическую реализацию. В связи с чем, изменилось Федеральное законодательство в вопросах реализации ИПРА инвалидов в соответствии с положениями Конвенции[4].

Целью нашей работы стало изучение механизмов и анализ проблемных зон в вопросах реализации ИПРА лиц с инвалидностью, в соответствии с требованиями современного законодательства в сфере образования Новосибирской области.

В статье использованы отдельные данные по реализации ИПРА в Новосибирской области, собственный аналитический материал, методы наблюдения монографический, абстрактно-логический, информационно – аналитический.

В соответствии с Федеральным законом № 419 – ФЗ от 01.12.2014г. «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов» определен новый подход к реализации реабилитационных мероприятий, предусмотренных ИПРА, включая такие сферы деятельности как: социальную защиту, охрану здоровья, образование, трудоустройство, физическую культуру и спорт [6].

Так, сегодня создается Федеральный реестр инвалидов, который ведется в целях учета сведений об инвалидах, определены формы и сроки формирования и ведения единого реестра инвалидов, использование содержащихся в нем сведений, в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

В сфере образования новой формой ИПРА, утвержденной приказом Минтруда России от 31.07.2015 г. № 528н определены мероприятия психолого-педагогической реабилитации или абилитации: рекомендации по условиям организации обучения, психологическая помощь, оказываемая в образовательной организации, профессиональная ориентация, оказываемая в образовательной организации, потребность в которых определяет ФКУ «ГБ МСЭ по Новосибирской области» (ФКУ МСЭ НСО) с отметкой нуждается/не нуждается. Кроме того, указываются виды помощи, необходимые ребенку-инвалиду в преодолении барьеров, мешающих получению услуги.

Для исполнения задач определен механизм взаимодействия ФКУ МСЭ НСО и региональных органов исполнительной власти по мероприятиям, предусмотренных ИПРА и предоставлению отчетности в сфере образования. Во исполнение Межведомственного соглашения между ФКУ МСЭ НСО и Министерством образования, науки и инновационной политики Новосибирской области (Минобрнауки НСО) подготовлены нормативные документы регионального уровня:

– приказ « Об информационном взаимодействии» между ГБ МСЭ и Минобрнауки НСО;

- порядок информационного взаимодействия по вопросам оказания государственной услуги по проведению МСЭ в целях реализации ИПРА в системе образования;
- назначен региональный оператор - учреждение ГБУ НСО «ОЦДК»;
- определен механизм взаимодействия - Единая база учета детей с ОВЗ и детей – инвалидов (БД ОВЗ);

Таким образом, необходимость сотрудничества и взаимодействия всех участников процесса по реализации ИПРА инвалидов различных ведомств и организаций в части социальной интеграции такой группы, очевидна [2].

Так, выписка из ИПРА по защищенному каналу поступает в Минобрнауки НСО, региональный оператор принимает и направляет информацию в муниципальные органы образования и муниципальные образовательные организации для обеспечения мероприятий в сфере образования, указанных в выписке из ИПРА.

Уведомление ФКУ МСЭ НСО о выполненных мероприятиях ИПРА в сфере образования будет осуществляться в обратном порядке: образовательные и другие организации – управление образования – региональный оператор министерства образования – ФКУ МСЭ НСО.

Необходимо отметить требования по срокам формирования и ведения федерального реестра инвалидов. Так, информация (выписки из ИПРА) должна быть принята органами исполнительной власти в течение 5 дней; на определение исполнителя ИПРА (в 40% - это проблемная зона) и подготовку локального акта «О реализации ИПРА» дано 10 дней; отчет об исполнении ИПРА должен быть размещен в БД ОВЗ за 1,5 месяца (определено Минобрнауки НСО) до окончания срока действия ИПРА.

Учитывая такой подход, взаимодействие всех участников должно осуществляться в режиме оперативного обмена информацией. Что подтверждает назначение ответственных лиц на всех этапах взаимодействия.

В связи с чем, в БД ОВЗ создан полный реестр ОО, включая дошкольные, общеобразовательные, ППМС центры, управления образования (более 1000);

- в каждом муниципальном образовании назначены муниципальные операторы и операторы всех ОО, ответственные за работу с БД ОВЗ, все образовательные организации имеют логин и пароль для входа в БД ОВЗ;

В связи с тем, что из 2500 выписок ИПРА, поступивших с 01.01.2016 г. более 150 это дети, которые обучаются в учреждениях среднего специального образования, возникла необходимость включения в процесс взаимодействия организаций среднего профессионального образования (СПО), подведомственных Министерству труда, занятости и трудовых ресурсов Новосибирской области и учреждений ВПО, имеющих федеральное подчинение.

Учитывая требования Международной Конвенции Федеральный закон РФ № 273 – ФЗ «Об образовании в РФ» от 29.12.2012г. ввел новые понятия в сфере образования (ст.34,42,55,59,79): инклюзивное образование, семейное

образование, специальные условия, обучающийся с ограниченными возможностями здоровья и др. Закон закрепил право на получение качественного образования лиц с ОВЗ и инвалидностью с имеющимися у них потребностями и возможностями, установил доступность образования для всех и адаптивность системы образования к уровням и особенностям развития и подготовки обучающихся, воспитанников [1,5]. Конечно, механизмы реализации таких подходов требуют дальнейшего решения на государственном, региональном и муниципальном уровнях.

Так, в Законе № 273-ФЗ речь идет только о детях с ОВЗ: обучающийся с ограниченными возможностями здоровья – это физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией (ПМПК) и препятствующие получению образования без создания специальных условий. При этом понятие обучающийся инвалид отсутствует. Поэтому вопрос, все ли обучающиеся с ИПРА должны иметь заключения ПМПК и являются ли они лицами с ограниченными возможностями здоровья, по-прежнему остается открытым.

На общественных слушаниях « О докладе РФ о мерах, принятых для осуществления обязательств по Конвенции ООН о правах инвалидов и стратегии действий в отношении лиц с инвалидностью», прозвучало, что дети с инвалидностью и дети с ОВЗ – две взаимопересекающиеся группы (Е. Клочко). По закону же получается, что дети с инвалидностью находятся внутри группы ОВЗ. Такое разночтение сопровождается проблемами при реализации ИПРА в сфере образования. При этом, начальник отдела образования детей с проблемами в развитии и социализации Департамента государственной политики в сфере защиты прав детей министерства образования и науки РФ Л. Фальковская подтвердила, что вопрос о разграничении этих категорий является дискуссионным и нуждается как в экономической так и в правовой экспертизе [3].

В образовании возникает вопрос определения обучающимся с инвалидностью специальных образовательных условий (СОУ). В настоящее время определение степени ограничения способности к обучению в соответствии с приказом Минтруда России от 17.12.2015 г. № 1024н происходит на основании заключения ПМПК. Исходя из выявленного ограничения способности к обучению врачи медико-социальной экспертизы должны сформировать необходимые для ребенка-инвалида необходимые рекомендации по обучению, в том числе СОУ. В связи с тем, что заключение ПМПК не входит в перечень обязательных документов при предоставлении государственной услуги медико-социальная экспертиза, возникают проблемы реализации психолого-педагогической реабилитации или абилитации детей-инвалидов. У лиц старше 18 лет этот алгоритм не совсем понятен. Кто и как будет реализовывать ИПРА неорганизованных детей - дошкольников от 0 до 3 лет и окончивших 9,11 классы и не продолживших обучение в силу

разных причин? Как при этом определить исполнителя ИПРА? Кто исполнитель ИПРА при семейном образовании?

Потребность в психологической помощи для лиц с ИПРА в сфере образования оказывается на одном из первых мест, а деятельность психолога, как и педагога, пока не достаточно регулируется нормативными актами оказания таких услуг и уровень профессиональных компетенций специалистов требует дополнительной переподготовки.

Исходя из вышеизложенного, особенно актуальным становится принятие нормативно - правовых документов ведомственного, регионального, муниципального уровней в вопросах регулирования механизма межведомственного взаимодействия всех участников по оказанию государственной услуги медико - социальной экспертизы, а также реализации ИПРА в сфере образования. Необходимо гарантировать обеспечение реализации права на доступное и качественное образование всем лицам с инвалидностью в соответствии с их индивидуальными потребностями. В сфере образования важно сохранить преемственность и непрерывность реализации ИПРА на всех уровнях образования.

Список литературы

1. Конвенция о правах инвалидов, принятая Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г. №61/106 (по сост. на 26 октября 2012 г.) - 2012.-29с.

2. Межведомственный комплексный план по вопросам организации инклюзивного дошкольного и общего образования и создания специальных условий для получения образования детьми-инвалидами и детьми с ограниченными возможностями здоровья на 2016–2017 годы (проект) : утв. зам. Председателя Правительства РФ О. Ю. Голодец // Вестник образования. – 2016. – № 6. – С. 16–24.

3. «О докладе РФ о мерах, принятых для осуществления обязательств по Конвенции ООН о правах инвалидов и стратегии действий в отношении лиц с инвалидностью»//обществ. слушания. – 2014.

4. Федеральный закон от 03.05.2012 г. № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов».

5. Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

6. Федеральный закон от 01.12.2014 г. № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов».

УДК: 614.29

Сергеева О.В., Косенкова Т.В.

МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ И СОТРУДНИЧЕСТВО С ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ИНВАЛИДОВ С ЦЕЛЬЮ ОПТИМИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

ФКУ «ГБ МСЭ по Воронежской области» Минтруда России, Воронеж
Кафедра медицинской экспертизы с доказательной медициной
ИДПО ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Sergeeva O.V., Kosenkova T.V.

INTERSECTORAL CJMMUNICATION AND COOPERATION WITH CIVIL SOCIETY ORGANISATIONS IN ODER TU OPTIMISE DISABLED REHABILITATION IN VORONEZH REGION

Federal state-owned institution "Main bureau of medical and social examination of the Voronezh region" Ministry of Labor of Russia, Voronezh
Major medical examination with evidence-based medicine of Voronezh State Medical University named after Nikolay Nilovich Burdenko of the Russian Federation Ministry of Health, Voronezh

Ключевые слова: межведомственное взаимодействие, общественная организация инвалидов, реабилитация инвалидов.

Keywords: interagency cooperation, public organization of disabled persons, rehabilitation of persons with disabilities.

Аннотация. Активное межведомственное взаимодействие с участием общественной организации инвалидов позволяет уменьшить временные затраты и исключить несогласованность действий в процессе реабилитации.

Abstract. Active interagency cooperation with the participation of public organizations of disabled people allows to reduce time costs and to eliminate the lack of coordination in the rehabilitation process.

В Российской Федерации одни организации устанавливают статус инвалида, другие осуществляют пенсионирование, третьи заняты предоставлением льгот, четвертые организуют получение инвалидами технических средств реабилитации за счет федерального, региональных бюджетов. В силу профессиональной деятельности специалисты разных организаций сильны именно в тех сферах, к которым относятся их собственные профессиональные компетенции. При этом смежные направления бывают знакомы им, как правило, поверхностно.

Особняком стоят общественные организации инвалидов, которые защищают их права, оказывают психологическую, юридическую помощь, помогают адаптироваться в среде в новом качестве. Положительным моментом деятельности общественных организаций инвалидов является (в отличие от узконаправленных государственных учреждений) широта взглядов, возможность ориентироваться в обществе и прорабатывать различные направления в зависимости от потребностей инвалидов.

Ярким примером активной общественной организации инвалидов является Воронежская региональная организация общероссийской организации инвалидов войны в Афганистане и военной травмы - "Инвалиды войны". Будучи в курсе множества проблем, которые возникают перед инвалидами вследствие боевых действий, члены регионального отделения обращаются в разные инстанции для решения вопросов.

С Департаментом здравоохранения решаются вопросы медицинской реабилитации, с учреждением медико-социальной экспертизы - проблемы установления инвалидности, с Департаментом социальной защиты (как с уполномоченным органом по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации) - особенности обеспечения инвалидов и ветеранов ТСР за счет федерального бюджета.

Но гораздо интереснее бывает опыт множественного межведомственного взаимодействия, когда для решения проблемы инвалидов общественная организация собирает представителей различных ведомств. Одновременное обсуждение проблемы специалистами разного профиля из смежных ведомств дает очень интересные и продуктивные результаты, позволяет организовать мозговой штурм и найти как рутинные, так и нестандартные решения для достижения поставленных целей.

Так, врачи-специалисты по медико-социальной экспертизе работали с представителями службы социальной защиты населения региона, врачами системы здравоохранения и специалистами службы занятости под эгидой ОООИВА для нахождения оптимального решения по срочному формированию индивидуальных программ реабилитации для инвалидов - участников боевых действий для их последующего трудоустройства.

В обычной жизни процедура создания собственного дела для инвалидов является каскадным процессом со строго регламентированной последовательностью действий, которые обязательно надо выполнить. В противовес традиционному способу, одновременное обсуждение всеми заинтересованными специалистами состояния здоровья пациента, его реабилитационного потенциала и возможности его трудоустройства значительно экономят время, поскольку все одновременно знакомятся с особенностями инвалида, при этом могут советоваться друг с другом, совместно изучить различные нюансы и принять окончательные решения сразу по нескольким направлениям, например, нижеследующие:

1. состояние здоровья таково, что отсутствуют противопоказания к рекомендуемой работе;

2. по своим возможностям (иногда ограниченным вследствие инвалидности) человек способен будет выполнять заявленный вид деятельности;

3. есть определённые основания для формирования направительных документов на МСЭ;

4. есть основания для формирования индивидуальной программы реабилитации\абилитации инвалида;

5. есть основа для работы службы занятости с целью помощи в организации своего дела.

После принятия такой группы решений всем специалистам - представителям различных учреждений - остаётся только сформировать соответствующие документы. В таком формате взаимодействия задержки по времени минимальны.

Вышеописанный формат в практике взаимодействия различных служб Воронежской области позволял избежать ещё одной серьёзной проблемы - несогласованности. Так, при отсутствии согласования возможно формирование ИПРА по одному направлению деятельности, с указанием определённых показанных видов и форм труда при наличии в службе занятости рабочего места совершенно по другому виду деятельности. Такое несоответствие требует коррекции индивидуальной программы, которая неизбежно проводится по полновесной процедуре проведения МСЭ с повторным формированием направления, освидетельствованием и возвращением затем в службу занятости.

Следует отметить, что именно из-за таких несоответствий и нестыковок, приводящих к многократному хождению инвалида по инстанциям, в Российской Федерации возникает наибольшее количество нареканий к индивидуальным программам реабилитации\абилитации (и вообще к работе службы медико-социальной экспертизы) при трудоустройстве инвалидов. Но ведь невозможно в нескольких строчках оговорить весь, иногда очень и очень обширный, фронт работ, доступный инвалиду.

При таком развитии ситуации, в условиях не уточнённого направления последующего трудоустройства, единственным решением оказывается формирование максимально обобщённой рекомендации, не ограничивающей инвалида в поиске работы. Естественно, что выглядит такая рекомендация как формальная, не индивидуальная, что также не добавляет положительной репутации сотрудникам медико-социальной экспертизы. Именно поэтому формировать "трудовую рекомендацию" когда заранее известно место, подобранное для инвалида, для грамотных врачей-специалистов по МСЭ наиболее удобно.

Вышеописанный способ работы с инвалидами в процессе организации их труда позволял действительно эффективно добиваться результата - скорого и успешного трудоустройства. Замечательно, что общественная организация инвалидов постоянно держала весь процесс работы разных

ведомств на контроле - от начала до конца, не позволяя даже возникнуть непредвиденным ситуациям.

Нельзя упустить тот факт, что общество и государство в настоящее время развиваются именно в этом направлении, значительно уменьшающем хождение инвалида по инстанциям в процессе реализации реабилитационных мер (и не только мер профессиональной реабилитации). При вступлении с января 2016 года в силу Федерального закона 419-ФЗ [1], приводящего в соответствие нормативно-правовое поле Российской Федерации с международной Конвенцией о правах инвалидов [2] и государственной программой "Доступная среда" [3], началось межведомственное взаимодействие, в том числе, и в электронной форме, между учреждениями медико-социальной экспертизы и исполнительными органами государственной власти регионов по соответствующим направлениям реабилитации.

Такое взаимодействие - целый прорыв в отношении к реабилитации инвалидов, однако электронный формат не исключает прямое взаимодействие на основе устоявшихся взаимоотношений между учреждениями и организациями, устанавливающими инвалидность и осуществляющими реабилитацию, под эгидой общественной организации, отстаивающей права инвалидов. Скорее, общее информационное поле дополняет устоявшийся формат. Живое общение с общественными организациями инвалидов игнорировать невозможно, поскольку именно эти люди являются носителями информации о "болевых точках", о несоответствиях в законодательстве. Именно их помощь является и будет неоценимой в процессе развития служб, устанавливающих инвалидность и осуществляющих различные виды реабилитации, при совершенствовании нормативно-правового поля в отношении работы с инвалидами, в формировании доступной среды, а также в решении множества проблем и забот инвалидов, их моральной поддержке и помощи в становлении их независимости в современном обществе.

Список литературы

1. Федеральный закон от 01.12.2014 № 419-ФЗ (ред. от 29.12.2015) "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов" // "Собрание законодательства РФ", 08.12.2014, № 49 (часть VI), ст. 6928.

2. Конвенция о правах инвалидов, принятая Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г. № 61/106 (по состоянию на 26 октября 2012 г.). - 2012. - 29 с.

3. Постановление Правительства РФ от 01.12.2015 № 1297 (ред. от 19.04.2016) "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Доступная среда" на 2011 - 2020 годы" // Собрание законодательства Российской Федерации от 7 декабря 2015 г. № 49 ст. 6987.

УДК 351/354+342.5

Кураева Л.Н., Антонова Г.В.

НОВЫЕ ЗАДАЧИ СЛУЖБЫ ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ЧАСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

ФГБУ «ВНИИ труда» Минтруда России
Москва

Kuraeva L.N., Antonova G.V.

NEW CHALLENGE OF EMPLOYMENT SERVICE IN TERMS OF VOCATIONAL REHABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES

Russian Research Institute of Labour
at the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation
Moscow

Ключевые слова: служба занятости населения, индивидуальная программа реабилитации инвалида, профессиональная реабилитация инвалида, содействие трудоустройству.

Keywords: employment services, individual rehabilitation program, vocational rehabilitation, employment promotion.

Аннотация: В статье представлены анализ положения инвалидов на рынке труда, результаты деятельности службы занятости населения по содействию трудоустройству инвалидов. Рассматриваются новые подходы по оказанию инвалидам помощи и содействия в трудоустройстве, предусматривающие инициативный характер действий органов службы занятости.

Abstract: The article presents an analysis of the situation of disabled persons in the labor market, the results of the activities of public employment services to promote the employment of persons with disabilities. Consider new approaches to assist people with disabilities and assistance in finding employment.

За период после ратификации Конвенции ООН о правах инвалидов уже проделана и продолжается серьезная работа по приведению российского законодательства в соответствие с Конвенцией, в том числе направленная на регулирование вопросов содействия трудоустройству инвалидов, их профессиональной реабилитации, создания условий для повышения уровня занятости инвалидов.

Профессиональная реабилитация, являющаяся одним из направлений комплексной реабилитации инвалидов, представляет собой систему и

процесс восстановления профессиональной трудоспособности и конкурентоспособности на рынке труда лиц с ограниченными возможностями здоровья в зависимости от ограничений жизнедеятельности организма. В ее основе - мероприятия по профессиональной ориентации, профессиональному обучению и переобучению, содействию в трудоустройстве и производственной адаптации.

В соответствии с Рекомендацией МОТ №168 о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов предлагается считать целью профессиональной реабилитации «обеспечение инвалидам возможности получать и сохранять подходящую для них работу и продвигаться по службе, способствуя тем самым их социальной интеграции или реинтеграции» [1]. Таким образом, основным критерием успешности профессиональной реабилитации инвалидов является их трудоустройство.

По данным Пенсионного фонда России, на начало 2016 года около 3,8 млн инвалидов находились в трудоспособном возрасте. При этом работали из них 1159,6 тысяч человек или 30,4% от общей численности инвалидов трудоспособного возраста.

Наиболее высокий уровень занятости инвалидов в трудоспособном возрасте наблюдался в Северо-Западном (34,3%) и Центральном (33,1%) федеральных округах, наиболее низкий – Северо-Кавказском (27,2%) и Сибирском (27,3%) федеральных округах.

Максимальный уровень занятости инвалидов в трудоспособном возрасте отмечался в Белгородской области, где он составил 42,8%. Высокие показатели занятости инвалидов наблюдались в г.Санкт-Петербурге (41,2%), Ямало-Ненецком (37,7%) и Ханты-Мансийском (37,2%) автономных округах, Ленинградской (37,4%) и Московской (37,4%) областях. Низкий уровень занятости инвалидов отмечался в республиках Коми (22,3%), Бурятия (22,8%), Тыва (22,9%), Хакасия (23,8%), Ивановской (22,4%) и Еврейской автономной областях (23,4%). Разрыв между максимальным и минимальным уровнями занятости инвалидов в трудоспособном возрасте в регионах составил более 20 процентных пункта.

Уровень безработицы инвалидов значительно превышает показатели для всего населения. По данным обследования населения по проблемам занятости Росстата уровень безработицы лиц в возрасте 15-72 лет, имеющих инвалидность, составил по итогам 2015 года 19,0%, что ниже на 0,4 п.п. показателя предыдущего года. Несколько лучше показатель безработицы у инвалидов III группы – 17,8%, однако и он превышает уровень для всего населения почти в 3 раза [2].

Результаты мониторинга, проведенного органами службы занятости субъектов Российской Федерации в 2016 году, направленного на выявление потребности инвалидов трудоспособного возраста в трудоустройстве, показали, что значительная доля опрошенных (62,3%) нуждаются в трудоустройстве, а 8,4% хотели бы сменить работу. При этом более трети (37,2%) из общей численности опрошенных неработающих инвалидов

находятся в поиске работы более 1 года и только 18,4% - менее 3 месяцев, что свидетельствует о сложностях самостоятельного трудоустройства этой категории населения. Это при том, что уровень профессионального образования опрошенных инвалидов оказался достаточно высоким - 62,7% имели профессиональное образование, из них высшее - 15,4%, а среднее профессиональное образование – 27,3%. Среди ищущих работу инвалидов большинство (45,7%) ориентированы на занятость в организациях реального сектора экономики, 40,9% хотели бы трудоустроиться на специализированных предприятиях для инвалидов, а 13,4% заинтересованы открыть собственное дело. Кроме того, в ходе мониторинга выяснилось, что каждый пятый из опрошенных инвалидов высказал желание пройти профессиональное обучение.

Реализацию профессиональной реабилитации в соответствии с ИПРА в части профессиональной ориентации, содействия в трудоустройстве инвалидов, обратившихся в органы службы занятости, обучения и переобучения инвалидов, признанных в установленном порядке безработными, осуществляют органы службы занятости субъектов Российской Федерации.

В 2015 году обратились за содействием в поиске подходящей работы в органы службы занятости населения 165,2 тысяч инвалидов. За весь 2015 год нашли работу 70,1 тысяч инвалидов, в результате уровень трудоустройства инвалидов составил 42,4% от числа обратившихся за этот период. По сравнению с 2012 годом уровень трудоустройства инвалидов вырос на 5,7 процентных пункта (36,7%), однако по-прежнему существенно отстает от аналогичного показателя для всего населения - 61,5%.

Однако, как показывает практика, уровень обращаемости инвалидов, получивших трудовые рекомендации, в органы службы занятости для получения услуг по профессиональной реабилитации и содействию в трудоустройстве невысок, даже среди тех инвалидов, кто реально хотел бы найти работу. Это приводит к тому, что значительная часть инвалидов трудоспособного возраста не получают после установления инвалидности эффективной помощи в трудоустройстве.

Перед органами службы занятости поставлена задача повышения эффективности работы по профессиональной реабилитации и содействию трудоустройству инвалидов, при этом предусматривается расширение спектра оказываемых им услуг, включая сопровождение содействия занятости.

В целях совершенствования системы стабильного трудоустройства инвалидов региональным органам службы занятости необходимо создать систему персонифицированного учета потребностей всех нуждающихся в трудоустройстве инвалидов, а не только тех, кто обратился за таким содействием в органы службы занятости.

В дальнейшем работа по профессиональной реабилитации инвалида будет вестись на основе информации из Федерального реестра инвалидов, в

котором будут представлены в том числе данные о профессиональном потенциале инвалида.

Федеральный реестр инвалидов будет рассылать сведения из бюро МСЭ в те учреждения, которые назначены исполнителями в ИПРА, в случае исполнения программы по профессиональной реабилитации - в органы службы занятости населения.

В настоящее время государственные услуги оказываются органами службы занятости в заявительном порядке, то есть для их получения инвалид должен обратиться в службу занятости с заявлением. Этот подход планируется модернизировать, предусмотрев инициативный характер действий органов службы занятости по оказанию инвалидам помощи и содействия в поиске, получении, сохранении и возобновлении работы.

Также предусматривается представление в органы службы занятости учреждениями МСЭ информации о наличии у инвалида желания и согласия на проведение с ним органами службы занятости мероприятий по подбору подходящей работы, оказанию ему государственных услуг, а при необходимости и сопровождаемого содействия занятости. При наличии такого согласия служба занятости может обратиться к инвалиду инициативно с информированием о возможностях на рынке труда, с приглашением прийти на встречу, встать на учет, подобрать профессию, предложить возможности для переобучения, что обеспечит более адресный, индивидуализированный подход к потребностям человека с инвалидностью.

В целях реализации индивидуального подхода в органах службы занятости рекомендуется выделение работников и структурных подразделений, целенаправленно и инициативно занимающихся трудоустройством инвалидов, в том числе организацией сопровождаемого содействия их занятости.

Предложения по внесению соответствующих изменений в федеральное законодательство, в том числе в Закон Российской Федерации «О занятости населения в Российской Федерации» от 19 апреля 1991 года № 1032-1 подготовлены Минтрудом России и проходят общественное обсуждение [3,4].

Предлагаемые новации правового регулирования в области содействия занятости инвалидов направлены на реализацию основных положений статьи 27 Конвенции о правах инвалидов: по обеспечению инвалидам возможности для осуществления трудовых прав наравне с другими (подпункт c); наделению инвалидов возможностью эффективного доступа к службам трудоустройства (подпункт d); оказанию инвалидам помощи в поиске, получении, сохранении и возобновлении работы (подпункт e) [5].

Список литературы

1. Рекомендация МОТ №168. Рекомендация о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов. URL: http://www.conventions.ru/view_base.php?id=599 (дата обращения: 25.10.2016).

2. Статистический бюллетень Росстата «Обследование населения по проблемам занятости - 2015 год». [Электронный ресурс]. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b15_30/Main.htm (дата обращения: 02.09.2016).
3. Проект федерального закона «О внесении изменений в Закон Российской Федерации «О занятости населения в Российской Федерации». Электронный ресурс]. URL: http://regulation.gov.ru/projects#npa=51371 (дата обращения: 25.10.2016).
4. Закон Российской Федерации от 19 апреля 1991 года N 1032-1 «О занятости населения в Российской Федерации.
5. Конвенция о правах инвалидов, принятая Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г. №61/106 (по состоянию на 26 октября 2012 г.) – 2012. – 29 с.

УДК 616-036.865(678)

Dr. Yusuf Hemed

Effect of repeated assessment and reporting of disability in Tanzania on improving outcomes: simple intervention approach through health worker and mother approach

Юсуф Хемед

Влияние постоянной оценки и отчетности по вопросам инвалидности в Танзании на улучшение ситуации: простой интервенционный метод, предполагающий привлечение медицинских работников и участие матери

Предпосылки: Танзания сталкивается с серьезными проблемами в борьбе с все возрастающими цифрами детской инвалидности. Основное заболевание - церебральный паралич и косолапость. Дело не только в том, что имеет место нехватка медицинских работников для борьбы с инвалидностью, особенно детской. Танзания сталкивается с серьезной проблемой - как улучшить медицинское обслуживание с минимальными финансовыми затратами и при условиях нехватки врачей. В 2011 году вышла книга, в которой автор Njelesani (Ниелесани) с соавторами предпринял(а) обзор литературы по вопросам инвалидности и пришел к выводу, что имеет место недостаток информации о характере инвалидности; заболевания по инвалидности плохо лечатся и обслуживаются в Танзании; имеет место необходимость дальнейшего развития реабилитационных служб для улучшения ситуации.

Background Tanzania faces major challenges in managing the increasing numbers of children with disability. The major disability is cerebral palsy as a result of and club foot. Not only that there is paucity of health workers to manage disabilities, especially in children, Tanzania faces a major challenge on how to improve its services with minimum financial and human resources. In 2011 Njelesani et al, reviewed the literature on disability and concluded that there is lack of information on the profile of disabilities, disabilities are not satisfactorily managed in Tanzania and a need to further develop rehabilitation service provisions in Tanzania to improve the management of disabilities.

Целью данной работы является демонстрация того, как простой интервенционный метод мониторинга работы медицинских работников и участия матерей детей-инвалидов привел к значительному улучшению в реабилитации детей с ограниченными возможностями.

Методология: в 2013 и 2014 году был произведен первый осмотр всех детей с инвалидностью в городских районах Танзании и выработан план реабилитации, который был далее утвержден и скорректирован на базе ежегодной стандартной оценки трудоспособности в рамках программы реабилитации. В программе принимали участие матери детей с нарушениями, их учили в течение как минимум четырех недель физическим упражнениям, которые их дети должны были выполнять; оценивалась из возможность реплицировать упражнения в реабилитационном центре и дома. Оценка усилий матерей по выполнению реабилитационных упражнений согласно определенным стандартам осуществлялась группой физиотерапевтов. Детям, нуждающимся во вспомогательных приспособлениях, предоставили такие устройства в медицинских центрах (в том числе инвалидные коляски, поддерживающие сиденья, ходунки, трости для слепых, трехколесные велосипеды, ортопедические подушки, брейсы Понсети).

Масштаб мониторинга: Для каждого случая была проведена оценка на основе объективной шкалы для определения статуса активности и эффективности деятельности матери с точки зрения улучшения состояния ребенка по мере

выполнения коррекционных упражнений в соответствии с согласованными критериями.

Результаты: Результаты данного интервенционного исследования показали усиление эффективности работы матери в оказании помощи своим детям, которые с течением времени продемонстрировали, в свою очередь, значительное улучшение состояния инвалидности.

Вывод на базе полученных результатов заключается в том, что в странах с ограниченными ресурсами, таких как Танзания, можно улучшить физическое состояние и работоспособность детей с ограниченными возможностями.

УДК 616-036.865(678)

Dr. Yusuf Hemed

Effect of repeated assessment and reporting of disability in Tanzania on improving outcomes: simple intervention approach through health worker and mother approach

Background Tanzania faces major challenges in managing the increasing numbers of children with disability. The major disability is cerebral palsy as a result of and club foot. Not only that there is paucity of health workers to manage disabilities, especially in children, Tanzania faces a major challenge on how to improve its services with minimum financial and human resources. In 2011 Njelesani et al, reviewed the literature on disability and concluded that there is lack of information on the profile of disabilities, disabilities are not satisfactorily managed in Tanzania and a need to further develop rehabilitation service provisions in Tanzania to improve the management of disabilities.

The aim of this paper is to demonstrate how a simple intervention approach of monitoring the health workers' and mother's performance resulted in marked improvement in rehabilitating children with disabilities.

Methodology: in 2013 to 2014, all children with disability in a Tanzanian urban area were assessed at the first visit and a rehabilitation plan was made which was verified and adjusted by the annual standard capability assessment enrolled in the rehabilitation programme. Mothers of children with impairments who had attended and were taught on how to carry out physical exercises on their children for a minimum of four weeks were assessed on their ability to replicate exercises at the rehabilitation center and their homes. An assessment and review of rehabilitation exercises carried out by mothers against the standards by a team of physiotherapists. Children in need of assistive devices received them at the centers. (Including wheelchair, supportive seats, walking frames, walker, white cane, tricycle, U-pillow, ponsetti braces).

Monitoring scales: For each of the intervention an assessment was made based on an objective scale to measure whether the activity is on track and improvements in mother's performance to administrative rehabilitative exercises to their own children according to agreed criteria.

Results: In this interventional study, showed that there was marked improvements in mother's performance in assisting their children who in turn showed a marked improvement of their disabilities with time.

The conclusion and implication of these results is that in resource constrained countries like Tanzania it is possible to improve physical performance of children with disabilities.

УДК 364.044.68

Волобоева Т.В., Касьянова С.И., Сяткина Е.Л., Смагина Т.Н.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ФКУ «ГБ МСЭ ПО ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ» МИНТРУДА РОССИИ И ОРГАНОВ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ВОПРОСАМ РЕАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ (АБИЛИТАЦИИ) ИНВАЛИДА (РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА)

ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России, г. Оренбург

Voloboeva T.V., Kasyanova S.I., Syatkina E.L., Smagina T.N.

INTERACTION FKU "GB MSE in the Orenburg area," the Ministry of Russia AND EXECUTIVE AUTHORITIES Orenburg area on the implementation of individual programs of rehabilitation (habilitation) disabled (disabled child)

FGU "GB MSE on the Orenburg area" of Mintrud of Russia Orenburg

Ключевые слова: инвалиды, нормативно-правовая база, программа реабилитации, «Витрина».

Key words: disabled, legal and regulatory framework, the rehabilitation program, "Showcase".

Аннотация. Программа реабилитации инвалида формируется специалистами по медико-социальной экспертизы (МСЭ) на весь установленный срок инвалидности, что накладывает на службу МСЭ особую ответственность. С января 2016 г. для бо́льшей результативности программы реабилитации (абилитации) законодательно для всех ведомств и организаций, участвующих в реабилитации инвалидов, введена единая система реабилитационно-абилитационного процесса. На примере Оренбургской области показаны сложности ее внедрения и ее первые практические наработки.

Annotation. Rehabilitation program is formed by experts in medical and social assessment (ITU) for the entire prescribed period of disability that puts at the service of ITU's responsibilities. From January 2016 for greater effectiveness of rehabilitation programs (habilitation) law for all agencies and organizations involved in the rehabilitation of people with disabilities, introduced a unified system of rehabilitation and habilitation process. In the example of the Orenburg area shows the complexity of its implementation and its first practical experience.

Введение. По данным Росстата в 2015 г. в Российской Федерации проживало 12,9 млн. инвалидов - 8,9% от общей численности населения [1], в Оренбургской области – 221,6 тыс. человек – 11,1% населения [4]. В условиях, когда каждый 11-й гражданин России или каждый 9-й житель Оренбургской области является инвалидом, вопросы реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья особенно актуальны.

Цель. На основе реализации приказа Минтруда России от 31.07.2015 г. №528н в Оренбургской области рассмотреть вопросы и проблемы взаимодействия учреждений МСЭ с органами исполнительной власти.

Материал и методы. В качестве материала использовано:

1. Нормативно-правовая база по реабилитации (абилитации) инвалидов в РФ и комментарии к ее новым проектам.
2. Соглашения по взаимодействию ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России с региональными органами власти.
3. Сведения из ЕАВИИАС МСЭ за первые 8 месяцев 2016 г.
4. Материалы заседаний:
   - межведомственного координационного Совета по делам ветеранов и инвалидов при Правительстве Оренбургской области по вопросам реабилитации (абилитации) инвалидов от 06.10.2016 г.
   - межведомственного круглого стола при Уполномоченном по правам человека в Оренбургской области на тему «Интеграция инвалидов в обществе: повышение эффективности реабилитационных мероприятий инвалидов в Оренбургской области» от 09.11.2015 г.

Анализ охватывает 8 месяцев (с января по август) 2016 г.

Использован метод сопоставления требований приказа Минтруда России №528н от 31.07.2015 г. и достигнутых результатов.

Результаты. Государство гарантирует инвалидам организацию и проведение реабилитации [7]. Учреждения МСЭ стоят у ее истоков. Именно здесь каждому инвалиду в обязательном порядке разрабатывается индивидуальная программа реабилитации (абилитации) (ИПРА).

ИПРА разрабатывается на весь установленный срок инвалидности:

– взрослым инвалидам на 1 год, 2 года или бессрочно;
– инвалидам категории «ребенок-инвалид» - на 1 год, 2 года, 5 лет и до достижения возраста 18 лет [5].

В настоящее время рассматривается проект по установлению детям-инвалидам (по перечню заболеваний) срока до достижения возраста 14 лет – возраста осознанного отношения к болезни, обретения навыков контроля за течением болезни, расчета доз лекарственных препаратов и диетических продуктов. Например, при инсулинзависимом сахарном диабете при отсутствии осложнений [2,3].

Поэтому специалистам по МСЭ надо верно и на весь установленный срок инвалидности определиться с реабилитационным прогнозом и показанными мерами реабилитации.

До выхода Постановления Правительства РФ от 10.08.2016 № 772 (вступило в силу 27.08.2016 г.) внесение изменений в ИПРА было запрещено законодательно. Если все же возникала необходимость внесения изменений в ИПРА, то для этого надо было пройти НОВОЕ освидетельствование в бюро МСЭ для разработки НОВОЙ ИПРА, что подразумевало оформление НОВОГО «Направления на МСЭ» по форме 088/у-06.

Начиная с 27 августа текущего года, в связи с вновь выявленными у инвалида обстоятельствами по его заявлению или по заявлению его законного или уполномоченного представителя разрешено для внесения УТОЧНЕНИЙ ХАРАКТЕРИСТИК ранее рекомендованных видов реабилитации (абилитации) составление новой ИПРА без проведения дополнительного освидетельствования. Например, если состояние здоровья не изменилось, а изменились антропометрические данные или нужно поправить какой-то параметр в ранее рекомендованном ТСР.

Однако, если состояние здоровья инвалида серьезно изменилось и необходимо пересмотреть ИПРА, в этой ситуации разработка новой ИПРА может быть только через медицинское обследование и оформление нового «Направления на МСЭ» [5].

Введенное послабление значительно облегчает для инвалида процедуру корректировки ИПРА, но не снимает со специалистов по МСЭ ответственности за дачу рекомендаций, не четко соответствующих требованиям действующего законодательства.

ИПРА является юридическим документом. Для инвалида программа мер реабилитации носит рекомендательный характер, для исполнителя - обязательный.

С 1 января 2016 г. вступил в силу приказ Минтруда России от 31.07.2015 г. №528н о порядке разработки и реализации ИПРА [6], который:

- регламентировал исполнителей реабилитационных и абилитационных мероприятий;
- впервые ввел систему единого реабилитационно-абилитационного процесса для всех ведомств и организаций, принимающих участие в реабилитации;
- впервые установил механизм автоматизированного обмена информацией между федеральными учреждениями МСЭ и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Другие достоинства приказа:

Во-первых, передача без участия инвалида в 3-х дневный срок от даты формирования ИПРА по защищенным каналам межсетевого информационного взаимодействия сведений по рекомендованным мерам реабилитации. В соответствие с приказом не инвалид или его законный представитель ходит по инстанциям, назначенных учреждениями МСЭ ответственными за реализацию мер реабилитации, а информация из ИПРА в электронной форме.

Во-вторых, полная информированность исполнителей о нуждаемости всех инвалидов в тех или иных мерах реабилитации, а не только инвалидов, обратившихся за содействием в их реализации.

В-третьих, последовательность, комплексность, динамическое наблюдение и контроль эффективности проводимых мероприятий за счет доступного механизма обратной связи.

Обеспечение связи гарантирует единая государственная информационная система «Банк данных по реализации ИПРА» или «Витрина», в которой отражаются все сведения по ИПРА - как по рекомендованным, так и по реализованным мерам реабилитации.

Для оценки результатов общий свод сведений по исполненным мерам реабилитации, предусмотренных ИПРА, должен поступить в бюро МСЭ за месяц до окончания срока инвалидности.

В идеале специалисты по МСЭ разрабатывают программу, она автоматически размещается на «Витрине». Оттуда каждый исполнитель забирает выписку своего раздела ИПРА. «Медицинский» – Министерство здравоохранения. «Профессиональный» – Министерство труда и занятости населения. «Психолого-педагогический» – Министерство образования. «Социальный» – Министерство социальной защиты населения. «Физкультурно-оздоровительные мероприятия» - Министерство физической культуры и спорта. Раздел «Обеспечение ТСР» за счет средств федерального бюджета - региональное отделение ФСС РФ. Раздел «Обеспечение ТСР» за счет средств бюджета субъекта РФ либо других лиц или организаций независимо от организационно-правовых форм и форм собственности - Министерство социальной защиты населения. Раздел «Товары и услуги, предназначенные для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов, на приобретение которых направляются средства (часть средств) материнского (семейного) капитала» – Пенсионный Фонд.

Далее, допустим одно из министерств, рассылает выписку конкретному исполнителю на уровне муниципалитета. Возвращаться она к нам должна по той же схеме в обратном порядке.

Подобных механизмов взаимодействия ранее не было.

Для выработки единых механизмов уже с осени 2015 г., затем в январе-феврале 2016 г. нами было организовано и проведено несколько рабочих встреч с представителями органов исполнительной власти области. Но в какой-то мере до сих пор есть проблемы воплощения их в практику.

В начале для доступа в режиме реального времени к начальному и ответному экспорту каждый контрагент должен был предварительно пройти юридическое согласование с заключением индивидуального договора с Минтрудом России.

Через нас были заключены Соглашения со всеми региональными министерствами:

– 12 января - образования и спорта;
– 26 февраля – здравоохранения, труда и занятости населения;

– 29 февраля - социального развития.

– 23 мая заключено Соглашение с Пенсионным фондом.

С самого начального этапа реализации обмена сведениями из ИПРА нам активно помогал и до сих продолжает помогать департамент информационных технологий областного Правительства. С января все сведения из ИПРА мы рассылали исполнителям по его защищенному каналу электронного документооборота с последующим их размещением на «Витрине».

Свидетельством принятия сведений являлась запись в журнале регистрации выгрузок данных.

С марта месяца у Минздрава, Минтруда и Министерства социального развития области налажен самостоятельный выход на «Витрину».

Несмотря на то, что 2 министерства - образования и спорта - первыми заключили Соглашения, министерство образования подключилось только в сентябре, а министерство спорта до сегодняшнего дня не подключились к «Витрине». Этому министерству по-прежнему идет пересылка сведений через защищенный Правительственный канал.

Так же до сих пор даже не заключено юридическое Соглашение с ФСС. Обмен выписками из ИПРА раздела «Технические средства и реабилитационные услуги» мы с ФСС осуществляем на электронном носителе.

За 8 месяцев действия приказа нами разработано 21 285 ИПРА, в т.ч. 3 068 – 14,4% – детям-инвалидам. Все они были отправлены исполнителям.

В ноябре первые, а в декабре потоком к нам начнут идти на переосвидетельствование инвалиды, у которых срок инвалидности был установлен на 1 год. И в соответствие с приказом мы, начиная с ноября, должны иметь все сведения по реализованным мерам реабилитации.

Сейчас «Витрина» нам сигнализирует, что пока в Оренбургской области нет ни одного признанного инвалидом в январе 2016 г., у которого бы до окончания срока установленной инвалидности остался всего 1 месяц - срока, когда на «Витрине» появляются сведения о реализованных мерах реабилитации. Тем не менее, есть инвалиды, явившиеся самостоятельно на досрочное переосвидетельствование. При сопоставлении на бумажных носителях выписок из ИПРА рекомендованных и реализованных мер реабилитации отмечено, что налаженная в соответствие с приказом Минтруда России №528н от 31.07.2015 г. связь по линии бюро МСЭ – исполнитель действует.

Заключение.

1. Специалисты по МСЭ несут особую ответственность за качество проведения реабилитационно-экспертной диагностики и назначение мер реабилитации в соответствии с нуждаемостью инвалида и действующим законодательством.

2. Единая система реабилитационно-абилитационного процесса обеспечивает бо́льшую результативность ИПРА.

Список литературы

1. Дымочка М.А, Андреева О.С. Роль медико-социальной экспертизы в профессиональной реабилитации инвалидов. Ж. Медико-социальные проблемы инвалидности, Москва, 2016, №1, с 8.
2. Зеновина В. Разработаны условия, при которых детская инвалидность в обязательном порядке будет устанавливаться на длительный срок. Электронный ресурс от 23.08.2016. ГАРАНТ.РУ: http://www.garant.ru/news/865277/#ixzz4MILKZg5n. Дата обращения: 15.09.2016.
3. Кайшаури Н. Критерии инвалидности были прописаны недостаточно четко. Электронный ресурс от 20.09.2016. https://www.miloserdie.ru/article/grigorij-lekarev-kriterii-invalidnosti-byli-propisany-nedostatochno-chetko/. Дата обращения: 22.09.2016.
4. Материалы межведомственного круглого стола при Уполномоченном по правам человека в Оренбургской области на тему «Интеграция инвалидов в обществе: повышение эффективности реабилитационных мероприятий инвалидов в Оренбургской области». Оренбург, 09.11.2015 г.
5. Постановление Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» с изменениями и дополнениями от 7 апреля 2008 г., 30 декабря 2009 г., 6 февраля, 16 апреля, 4 сентября 2012 г., 6 августа 2015 г., 10 августа 2016 г.
6. Приказ Минтруда России №528н от 31.07.2015 г. «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 » (с изменениями на 27 января 2016 года).
7. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации № 181-ФЗ от 24.11.1995 г. (с изменениями на 29.12.2015 г.).

УДК 314.4:331.5:614.2

Усенкова И.В., Рычкова Н.М., Кулешова Т.И., Базуева И.В.

ПРАКТИКА МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО КАЗЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «ГЛАВНОЕ БЮРО МСЭ ПО КРАСНОЯРСКОМУ КРАЮ» МИНИСТЕРСТВА ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ С АГЕНТСТВОМ ТРУДА И ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ В РЕАЛИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ.

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Красноярскому краю» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.

Usenkova I.V., Rychkova N.M., Kuleshova T.I., Bazueva I.V.

The practice of interdepartmental cooperation of the Main Bureau of Medical and Social Expertise in the Krasnoyarsk Region with the Agency of Labour and Employment of the Krasnoyarsk Region in the implementation of measures for the vocational rehabilitation of persons with disabilities.

The Main Bureau of Medical and Social Expertise in the Krasnoyarsk Region.

Ключевые слова: профессиональная реабилитация инвалидов, межведомственное взаимодействие, индивидуальная программа реабилитации или абилитации, трудоустройство.

Keywords: vocational rehabilitation of disabled people, interagency cooperation, individual program of rehabilitation, employment.

Аннотация: В статье рассматриваются вопросы реализации государственной политики в сфере содействия трудоустройству инвалидов. Раскрыта сущность и основные направления профессиональной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья в свете действующих нормативных правовых актов. Представлен практический опыт организации межведомственного взаимодействия учреждений медико-социальной экспертизы и службы занятости по вопросам реализации мероприятий профессиональной реабилитации инвалидов на территории Красноярского края.

Abstract: This article discusses the implementation of state policy in the field of promoting employment of the disabled . The essence and the basic directions of professional rehabilitation of persons with disabilities in the light of current legal acts. It provides practical experience of inter-agency cooperation between institutions of medical and social expertise and the employment services for the implementation of measures of vocational rehabilitation of the disabled in the Krasnoyarsk Region .

В последние годы государство основным направлением своей политики в области социальной защиты инвалидов считает их реабилитацию. Обеспечение полной и эффективной реализации указанной политики осуществляется с помощью не только экономических, финансовых,

социальных мероприятий, но и с помощью разрабатываемых как на федеральном, так и на региональном уровне нормативных документов, придающих государственной политике в этой области правовой характер.

Конвенция ООН о правах инвалидов, принятая резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года, закрепляет основные права и свободы личности по отношению к людям с инвалидностью. Государства-участники, ратифицировавшие Конвенцию, обеспечили основу для правовых реформ в сфере социальной защиты и реабилитации инвалидов, регламентирующих их не дискриминацию и реализацию принципов равных прав и равных возможностей.

В Российской Федерации 15 мая 2012 года вступил в силу Федеральный закон №46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов».

В связи с ратификацией этой конвенции, нашей страной были внесены поправки в российское законодательство. Среди значительного числа нормативных актов, в которые были внесены поправки в области социальной защиты и реабилитации инвалидов, особое место занимает та их часть, которая регулирует вопросы профессиональной реабилитации и организации трудоустройства инвалидов.

В соответствии со статьёй 27 Конвенции, государства – участники признают права инвалидов на труд наравне с другими лицами, производственная среда должна быть открытой для инвалидов.

Одним из условий реализации данного права является обеспечение рационального оснащения рабочих мест с учетом потребностей лиц, имеющих инвалидность, что требует соответствующего финансового обеспечения, которое осуществляется в Российской Федерации из средств федерального бюджета.

Для содействия лицам с инвалидностью в реализации права на труд оказываются услуги по профессиональной реабилитации, которые осуществляются в соответствии индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида (далее - ИПРА).

ИПРА содержит мероприятия по профессиональной реабилитации или абилитации, которые включают в себя:

- профессиональную ориентацию, осуществляемую в службе занятости;
- рекомендации по условиям организации обучения;
- содействие в трудоустройстве, а также рекомендуемые условия и виды труда, разработанные для каждого инвалида с учетом его состояния здоровья, и является своего рода «паспортом» при трудоустройстве на работу.

Согласно ГОСТа Р 53873-2010 «Реабилитация инвалидов. Услуги по профессиональной реабилитации инвалидов», профессиональная реабилитация - это комплекс услуг, направленных на восстановление трудоспособности инвалида в доступных ему по состоянию здоровья условиях труда, на максимально возможное включение в трудовую

деятельность с учетом имеющихся у инвалида нарушений функций организма и ограничений к трудовой деятельности, с целью достижения им конкурентоспособности на рынке труда, материальной независимости, самообеспечения и интеграции в общество.

Реализация услуг по профессиональной реабилитации осуществляется поэтапно и непрерывно в учреждениях соответствующего профиля. Содержание и длительность процесса реабилитации определяются потребностью инвалида в каждой конкретной услуге. Процесс профессиональной реабилитации считается завершенным, когда инвалид достиг в профессиональном отношении уровня, максимально возможного в соответствии с его трудовым потенциалом и приближенного к уровню, предшествующему возникновению ограничения к трудовой деятельности.

Основным направлением в области межведомственного взаимодействия по трудоустройству инвалидов является применение системного подхода к решению проблем, с объединением усилий органов власти и учреждений различной ведомственной принадлежности. Эффективное решение важнейших проблем инвалидов, имеющих межведомственный характер, возможно только при активной государственной поддержке, механизмами которой являются целевые и региональные программы, объединяющие усилия различных ведомств.

В Красноярском крае Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Красноярскому краю» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (далее – Учреждение) тесно взаимодействует в решении вопросов организации и проведения профессиональной реабилитации инвалидов с органами государственной службы занятости населения. Создание условий для реализации инвалидами права на труд в крае осуществляется путем организации мероприятий активной политики Агентства труда и занятости Красноярского края (далее – Агентство) и дополнительных региональных программ, направленных на снижение напряженности на рынке труда.

Основой межведомственного взаимодействия является сотрудничество по вопросам обеспечения профессиональной реабилитации инвалидов и обмен оперативной информацией. А именно:

- предоставление Учреждением индивидуальных сведений по инвалидам трудоспособного возраста по запросам для реализации региональных целевых программ;
- организация совместных методических мероприятий по вопросам профессиональной реабилитации инвалидов;
- ежемесячное предоставление органами службы занятости в Учреждение базы вакантных рабочих мест для трудоустройства инвалидов;
- консультирование Учреждением специалистов службы занятости по вопросам соответствия специально создаваемого (оборудованного)

рабочего места с учетом рекомендованных в ИПРА трудовых рекомендаций.

Служба занятости населения занимается вопросами профессиональной реабилитации инвалидов, в приоритетном порядке оказывая им содействие в подборе подходящей работы и трудоустройстве, в соответствии с разрабатываемыми Учреждением профессиональными рекомендациями ИПРА.

В соответствии с изменениями, внесенными 29.12.2015г. в Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 N 181-ФЗ, и с приказом Минтруда России от 31.07.2015г. №528н, учреждение медико-социальной экспертизы направляет выписки из ИПРА инвалидов в трехдневный срок после разработки в те ведомства, которые определены исполнителями реабилитационных Указанные ведомства в свою очередь разрабатывают перечни, конкретизирующие реабилитационные мероприятия в соответствующей сфере деятельности, и передают в подведомственные им структуры, которые будут непосредственно работать с инвалидом.

Для организации такого оперативного взаимодействия в части профессиональной реабилитации инвалидов на территории Красноярского края между Учреждением и Агентством 25.12.2015г. заключено соглашение «Об информационном взаимодействии при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов (детей-инвалидов)». Проведены работы по настройке межведомственных защищенных каналов связи для передачи сведений в электронном виде. В результате в настоящее время данные о разработанных ИПРА из всех бюро МСЭ Красноярского края оперативно поступают в общую базу данных «Витрина», разработанную Федеральным бюро медико-социальной экспертизы. Агентство подключено к этой базе данных, что позволяет оперативно отслеживать установленную нуждаемость каждого инвалида в мерах профессиональной реабилитации.

В настоящее время Агентством начата работа по выполнению приказа Минтруда России от 15.10.2015г. №723н «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». Информация о проведенных реабилитационных мероприятиях поступает в базу данных «Витрина». Это позволяет специалистам медико-социальной экспертизы при разработке новой ИПРА и формировании трудовых рекомендаций, учитывать проведенную работу с гражданами центрами занятости населения.

Важнейшим мероприятием программ профессиональной реабилитации из года в год является трудоустройство инвалидов. Следует отметить, что

Учреждением усилена работа по содействию в трудоустройстве для инвалидов I группы, желающих осуществлять посильную трудовую деятельность, но имеющих значительные ограничения к труду. Так, в 2015 году 100 инвалидам I группы рекомендовано трудоустройство посредством органа исполнительной власти в области содействия занятости населения.

Межведомственное сотрудничество в плане трудоустройства инвалидов с тяжелыми расстройствами нарушенных функций стало более эффективным в связи с выходом приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 19.11.2013г. №685н «Об утверждении основных требований к оснащению (оборудованию) специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений их жизнедеятельности». Учитывая вступление в силу Приказа №685н, при формировании профессионального раздела ИПРА инвалидов по зрению, по слуху, с нарушением функций опорно-двигательного аппарата и инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках, специалисты медико-социальной экспертизы стали активнее рекомендовать трудоустройство через центры занятости населения.

В Красноярском крае действует программа «Содействие занятости населения» на 2014-2016 годы, утвержденная постановлением Правительства края от 30.09.2013г. №502-П. Наше Учреждение ведет активную совместную работу с Агентством по реализации данной программы, в рамках которой реализуются мероприятия, направленные на содействие трудоустройству незанятых инвалидов на оборудованные (оснащенные) рабочие места.

Участниками программы являются незанятые инвалиды трудоспособного возраста, имеющие показания к труду и работодатели.

Рабочие места для инвалидов оснащаются с учетом профессии (специальности) инвалида, характера выполняемых работ, группы инвалидности, характера функциональных нарушений и ограничения способности к трудовой деятельности, экспертного заключения о рекомендуемых условиях труда, содержащихся в ИПРА.

По данной программе в 2015 году создано 70 специализированных рабочих мест, на которые трудоустроено 64 инвалида II группы и 6 инвалидов I группы.

Необходимо отметить, что, в крае создаются рабочие места, требующие современного оборудования и соответствующей подготовки по востребованным профессиям. Перечень специальностей, по которым трудоустраиваются инвалиды, достаточно широк: бухгалтер, швея, диспетчер такси, делопроизводитель, оператор видео-наблюдения, оператор связи, оператор ПВЭМ, социальный работник, специалист по кадрам, системный администратор, инженер, программист, администратор, менеджер по продажам, телеграфист, консультант, машинист паровых установок.

За I квартал 2016 года Учреждением рекомендовано трудоустройство посредством органа исполнительной власти в области занятости населения 6770 гражданам. Среди них для поиска подходящего рабочего места в

центры занятости направлено инвалидов I группы – 62, инвалидов II группы – 2517 и инвалидов III группы – 4191.

Начиная с 2013 года, в рамках реализации приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29.12.2012г. №643 «О проведении мониторинга потребности незанятых инвалидов трудоспособного возраста в трудоустройстве, открытии собственного дела», в соответствии с п.2, в структурных подразделениях нашего Учреждения организована совместная работа с Агентством занятости по мониторингу потребности в трудоустройстве незанятых инвалидов трудоспособного возраста. Бюро – филиалы Учреждения ежегодно проводят указанный мониторинг на основе выборочного опроса инвалидов путем анкетирования.

В связи с выходом приказа Минтруда России от 16.11.2015г. №872н «Об утверждении Порядка, формы, и сроков обмена сведениями между органами службы занятости и федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы», между Учреждением и Агентством организована работа по обмену сведениями в целях содействия занятости инвалидов.

Процесс межведомственного взаимодействия в рамках указанного приказа способствует оперативному решению вопросов в области рекомендуемой профессиональной деятельности, постановке определенных трудовых целей (в том числе обеспечение занятости), а также разработке комплексных мер по достижению этих целей, согласно ИПРА инвалида.

С целью реализации системы стабильного трудоустройства инвалидов, усилена совместная работа органов службы занятости, Учреждения и работодателей. В связи с этим, Учреждением намечен план дальнейших мероприятий по взаимодействию в профессиональной реабилитации инвалидов:

- в рамках выездных заседаний медико-социальной экспертизы, на основании Постановления Правительства Российской Федерации от 20.02.2006г. №95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом», приглашать работников органов службы занятости с правом совещательного голоса, в целях оказания содействия в разработке профессионального раздела ИПРА и консультативной работы с инвалидами;
- специалистам медико-социальной экспертизы принимать участие в мероприятиях, проводимых Агентством труда и занятости Красноярского края (ярмарки вакансий, ремесел, мероприятия, посвященные декаде инвалидов, дни открытых дверей в районных центрах занятости и др.);
- психологам бюро, психологам экспертных составов, в рамках должностных обязанностей, проводить консультативную работу (в том числе и профориентационную), направленную на формирование положительной трудовой установки у освидетельствуемых;
- размещать на стендах ФКУ «ГБ МСЭ по Красноярскому краю» Минтруда России информацию, предоставленную органами

исполнительной власти в области занятости населения (вакансии для трудоустройства незанятых инвалидов, в том числе на квотируемые рабочие места, учебная база курсового обучения безработных инвалидов, даты проведения мероприятий и др.).

Таким образом, реализация мероприятий по профессиональной реабилитации в части трудоустройства незанятых инвалидов трудоспособного возраста осуществляется благодаря активному межведомственному взаимодействию Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Красноярскому краю» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации с Агентством труда и занятости населения Красноярского края, при государственной поддержке.

УДК 616.89-008.15

Давыдов А.Т.[1], Савченко М.Е.[2]

К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ ИЗ СОЦИАЛЬНО-НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ СЕМЕЙ

[1]ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург
[2] ГБУЗ «Ямало-Ненецкий окружной психоневрологический диспансер» ЯНАО, г. Салехард, Россия

Davydov A.T.[1], Savchenko M.E.[2]

ON THE ON REHABILITATION QUESTION OF ADOLESCENTS FROM SOCIALLY DEPRIVED FAMILIES

[1]St. Petersburg Scientific and Practical Center of Medical-Social Expertise, Prosthetics and Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht
[2] State-Financed Health Institution «Yamalo-Nenets district psychoneurologic dispensary» the Yamal-Nenets Autonomous District, Salekhard, Russia

Ключевые слова: реабилитация, подросток, родители, социально-неблагополучная семья.

Keyword: rehabilitation, adolescent, parents, socially deprived families.

Аннотация: Приводится опыт реабилитации подростков из социально-неблагополучных семей.

Abstract: The article describes rehabilitation experience of adolescents from socially deprived families.

Введение и актуальность.

Вопросы реабилитации подростков, воспитывающихся в социально-неблагополучных семьях, страдающих аддиктивным поведением, представляют значимую социально-медицинскую проблему. Поэтому особо возрастает значение реабилитации детей из социально-неблагополучных семей с аддиктивным поведением.

Целью исследования являлось определение реабилитационных мероприятий у подростков из социально-неблагополучных семей с аддиктивным поведением, преимущественно с алкоголизацией и наркотизацией.

Материал и методы исследования. Обследовано 84 ребенка обоего пола в возрасте от 10 до 18 лет. Основная группа включала 44 ребенка из социально-неблагополучных семей с аддиктивным поведением. Контрольную группу составили 40 детей, родители которых воспитывали своих детей в благополучных условиях. Были использованы: методика измерения интеллекта Векслера; адаптированный вариант личностного опросника Р.Б. Кеттелла; патохарактерологический диагностический опросник (ПДО), разработанный А.Е. Личко; психодиагностический тест Ч.Д. Спилберга в модификации Ю.Л. Ханина; метод цветовых выборов (МЦВ) Л.Н. Собчика.

Результаты и их обсуждение.

Здоровых детей, позволяющих отнести их к 1 группе здоровья, в социально-неблагополучных семьях с аддиктивным поведением не выявлено. У 18,9 % из них были отмечены отклонения здоровья функционального характера, а у 81,1 % определялись различные хронические болезни. Частота двух и более хронических болезней у подростков основной группы в 5 раз оказалась выше. В основной группе было выявлено 8 детей-инвалидов, что составило 18,2 %. В структуре заболеваемости преобладали болезни нервной системы, органов дыхания и железодефицитная анемия. У каждого второго подростка определялись отклонения в физическом и нервно-психическом развитии. Дети основной группы имели когнитивный дефицит: ограниченный словарный запас, недостаточный объем знаний, неумение оперировать арифметическим материалом, недостаточный уровень внимания и зрительно-моторной координации. У 20 детей основной группы (45,4 %) выявлялся пограничный и низкий уровень интеллектуального развития. Дети основной группы имели достоверно более высокий уровень личностной тревожности.

Заключение. Выявленное социальное неблагополучие и медико-статистические показатели здоровья подростков, родители которых страдают аддиктивным поведением, свидетельствуют о необходимости проведения реабилитационных мероприятий и улучшения медико-социальной помощи подросткам. Эффективность реабилитационных мероприятий была отмечена у 73,2 %, а у 26,8 % улучшение здоровья не отмечалось. Отмечена высокая частота инвалидности детей в социально-неблагополучных семьях с аддиктивным поведением.

В комплексе реабилитационных мероприятий эффективными оказалось осуществление медицинской помощи, проведение психологических и социально-педагогических бесед и занятий с подростками и родителями социально-неблагополучных семей. Проводилась индивидуальная рациональная психотерапия с подростками и семейная психотерапия с родителями социально-неблагополучных семей.

Из медицинских мероприятий подросткам назначались водные процедуры, хвойные ванны, ванны с морской солью, физиотерапевтические процедуры. Подросткам назначались поливитамины и кислородные коктейли. В комплекс медицинской реабилитации подросткам из социально-неблагополучных семей с аддиктивным поведением назначались метаболические препараты «глицин» и «биотредин».

Таким образом, было осуществлено раннее выявление подростков из социально-неблагополучных семей и проведены комплексные реабилитационные мероприятия.

Другие вопросы инвалидности и реабилитации

УДК 616-036.86+ 364.075.2

Коробов М.В., Хорькова О.В., Деденева И.В., Малькова С.В.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ГРАЖДАН ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА, ЗА ПЕРИОД 1970-2015 ГОДЫ

ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России, Санкт-Петербург

Korobov M.V., Khorkova O.V., Dedeneva I.V., Malkova S.V.

ANALYSIS OF THE DYNAMICS PRIMARY DISABILITY POPULATION OF RUSSIA, INCLUDING THE CITIZENS RETIREMENT AGE, FOR THE PERIOD 1970-2015 YEARS

FGBU DPO SPbIUVEK Ministry of Labour and social protection of the Russian Federation, Saint-Petersburg

Ключевые слова: инвалидность, социальная защита, нормативно-правовая база

Keywords: disability, social protection, regulatory framework

Аннотация. Анализ динамики инвалидности населения России, в том числе граждан пенсионного возраста за период 1970-2015 годы

Abstract. Analysis of the dynamics Russian disability population including the retirement age citizens for the period of 1970-2015 years

Проведено изучение динамики первичной инвалидности населения России, в том числе граждан пенсионного возраста, за 45-летний период с учетом изменяющегося нормативно-правового регулирования вопросов социального обеспечения, социальной защиты и условий признания граждан инвалидами в связи с возможным повышением пенсионного возраста в России мужчин и женщин до 65 лет.

Исследование выполнено в рамках государственного задания по научно-исследовательской работе, установленному институту Минтрудом России.

По результатам исследования установлены данные по динамике первичной инвалидности взрослого населения России за период 1970-2015 гг. (табл. 1).

Таблица 1. Число впервые признанных инвалидами (ВПИ) граждан России за период 1970-2015 гг. (тыс. человек) *

Годы	Число ВПИ	Годы	Число ВПИ
1970	346	**1993**	**1142**
1971	346	1994	1124
1972	329	**1995**	**1347**
1973	327	1996	1170
1974	354	1997	1142
1975**	**434**	1998	1131
1976	414	1999	1050
1977	403	2000	1109
1978	401	2001	1200
1979	409	2002	1184
1980	426	2003	1092
1981	425	**2004**	**1463**
1982	402	**2005**	**1799**
1983	393	2006	1474
1984	393	2007	1109
1985	**715**	2008	966
1986	672	2009	934
1987	680	2010	893
1988	658	2011	842
1989	679	2012	805
1990	**764**	2013	754
1991	**911**	2014	729
1992	**1112**	2015	695

*) До 2000 г. - в возрасте 16 лет и старше, с 2000 г. - в возрасте 18 лет и старше.

**) Полужирным шрифтом выделены годы, в которые наблюдалось значительное увеличение числа ВПИ

С 1970 г. по 1995 г. с разной интенсивностью в отдельные годы в целом наблюдался неуклонный рост числа ВПИ с 346 тыс. человек до 1347 тыс. человек (в 3,9 раза).

Наиболее значимым за этот период увеличение числа ВПИ было:

– **- в 1975 г.** (с 354 тыс. человек в 1974 г. до 434 тыс. человек в 1975 г., т.е. в 1,2 раза), что напрямую связано с принятием в 1975 г. «Инструкции о порядке установления причинной связи инвалидности у бывших военнослужащих с пребыванием на фронте» (Утверждена Государственным комитетов Совмина СССР по вопросам труда и заработной платы от 3 июля 1975 г. № 1690-СН, согласована с Минздравом СССР, Минобороны СССР и Минфином СССР);

– **- в 1985 г.** (с 393 тыс. человек в 1984 г. до 715 тыс. человек в 1985 г., т.е. в 1,8 раза), что связано с введением в действие Постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему

улучшению материально-бытовых условий участников Великой Отечественной войны и семей погибших военнослужащих» от 26 июля 1984 г. № 812. В данном году резко увеличилась обращаемость во ВТЭК участников Великой Отечественной войны, что неизбежно привело к увеличению числа ВПИ. В 1986 г. число ВПИ уменьшилось до 672 тыс. человек и сохранялось примерно на этом уровне по 1989 г. включительно;

- - самым значительным и продолжительным **с 1990 г. по 1995 г.**, характеризующийся увеличением числа ВПИ с 765 тыс. человек в 1990 г. до 1347 тыс. человек в 1995 г. или в 1,8 раза). Данное увеличение числа ВПИ объясняется целым рядом причин: во-первых, резким ухудшением после распада СССР социально-экономического и материального положения населения, в особенности старшего поколения (с 1990 г. по 1995 г. доля лиц пенсионного возраста в структуре ВПИ взрослого населения возросла соответственно с 13,6% до 62,3% или в 4,6 раза); во-вторых, резкой активизацией социальной политики государства в области льгот и преимуществ для определенных категорий инвалидов на фоне либерализации порядка и условий определения причины инвалидности и др.).

С принятием в 1995 г. Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 181-ФЗ, в 1996 г. – постановления Правительства РФ № 965 «О порядке признания граждан инвалидами», а в январе 1997 г. – постановления Минтрудсоцразвития России и приказа Минздрава России № 1/30 «Об утверждении классификаций и временных критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы», может по этой причине, либо по другим причинам, в 1996 г. наблюдалось по сравнению с 1995 г. уменьшение числа ВПИ. Данный уровень числа ВПИ (с небольшими колебаниями от 1050 тыс. человек до 1200 тыс. человек) удерживался 8 лет – по 2003 г.

С принятием 22 августа 2004 г. Федерального закона о "монетизации льгот" № 122-ФЗ и установлением инвалидам вместо льгот ежемесячных денежных выплат, уже в данном году наметилось увеличение числа ВПИ с 1092 тыс. человек в 2003 г. до 1463 тыс. человек в 2004 г., т.е. более чем в 1,3 раза

В 2005 г. число ВПИ достигло максимума за все годы существования России, составив 1799 тыс. человек.

На увеличение обращаемости граждан на медико-социальную экспертизу в эти годы, а соответственно и на увеличение числа ВПИ, кроме Федерального закона № 122-ФЗ, на наш взгляд, могло также повлиять:

- изменение в этом же году порядка пенсионирования инвалидов (пенсия стала устанавливаться в зависимости не от группы инвалидности, а от степени ограничения способности к трудовой деятельности);
- возможность получения инвалидами набора социальных услуг в виде дополнительной бесплатной медицинской помощи,

предусматривающей обеспечение инвалидов необходимыми лекарственными средствами и санаторно-курортным лечением в соответствии с Федеральным законом «О социальной помощи» от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ (с изменениями на 29 декабря 2004 года);

– возможность бесплатного получения инвалидами за счет средств федерального бюджета мер, средств и услуг реабилитации в соответствии с «Федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду», утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 года № 2347-р.

После пика в 2005 г. уже начиная с 2006 г. число ВПИ стало неуклонно и закономерно уменьшаться, достигнув в 2015 г. с учетом Крымского Федерального округа всего 695 тыс. человек или в 2,6 раза меньше по сравнению с 2005 г.

Все указанные выше подъемы численности первичной инвалидности связаны с введением государством для инвалидов дополнительных льгот или дополнительных выплат. Особенностью каждого такого подъема, как уже отмечалось выше, являлось значительное увеличение в структуре ВПИ прежде всего доли инвалидов пенсионного возраста. Так, например, если 2003 г. и 2004 г. удельный вес инвалидов пенсионного возраста в структуре ВПИ составлял соответственно 50,9% и 63,8%, то в 2005 г. величина данного показателя достигла 68,5% (табл.2).

Таблица 2. Число впервые признанных инвалидами (ВПИ) граждан пенсионного возраста России за период 1970-2015 гг.

Годы	Всего ВПИ пенсионного возраста, тыс. человек	% от общей численности ВПИ
1995	840,0	62,3
2000	556,3	50,2
2001	632,7	52,7
2002	634,1	53,6
2003	555,5	50,9
2004	**933,9**	**63,8**
2005	**1233,1**	**68,5**
2006	929,2	63,0
2007	654,7	59,0
2008	534,2	55,3
2009	497,4	53,3
2010	452,0	50,6
2011	424,8	50,5
2012	**409,8**	**50,9**
2013	**390,0**	**51,7**
2014	**383,3**	**52,6**
2015	**370,0**	**53,2**

Начиная с 2006 г. наблюдался обратный процесс – уменьшение доли ВПИ пенсионного возраста до 50,5% в 2011 г. Начиная с 2012 г. обращает на себя внимание устойчивое, хотя и на доли процента, ежегодное увеличение удельного веса ВПИ пенсионного возраста в общей структуре ВПИ: в 2014 г. до 52,6% и в 2015 г. – 53,2%.

Первичная инвалидность населения пенсионного возраста отличается следующими особенностями.

1. Более высоким уровнем первичной инвалидности по сравнению с уровнем инвалидности всего взрослого населения России. В 2014 г. уровень первичной инвалидности населения пенсионного возраста составил 112,6 на 10 тыс. населения соответствующего возраста и был в 1,8 раза выше уровня первичной инвалидности взрослого населения России - 62,7 на 10 тыс. взрослого населения.

2. Для ВПИ пенсионного возраста характерной является более значительная тяжесть инвалидности, что подтверждается более значительным (в 1,9 раза) у них по сравнению с ВПИ трудоспособного возраста удельным весом инвалидов 1 группы. Так, в 2015 г. удельный вес инвалидов 1, 2, и 3 групп в структуре ВПИ пенсионного возраста составил соответственно 24,1%, 36,3% и 39,6%, то в структуре ВПИ трудоспособного – соответственно 11,1%, 39,2% и 49,7%.

С учетом представленных данных можно сделать следующее предположение, что увеличение возраста выхода на пенсию женщин на 10 лет и мужчин на 5 лет неизбежно приведет к росту как уровня, так и тяжести первичной инвалидности взрослого населения России. Дать количественную оценку такого повышения сложно, поскольку все предыдущие подъемы уровня первичной инвалидности были обусловлены другими причинами. Кроме того, на обращаемость граждан бывшего пенсионного возраста в учреждения МСЭ для установления инвалидности будет иметь значение:

- психологический фактор, типа "государство нас заставляет работать, мы пойдем другим путем", а именно в учреждение МСЭ для установления инвалидности;

- увольнения и безработица данной категории граждан в связи даже с незначительной утратой их трудоспособности (профессиональная непригодность и (или) невозможность работать при ухудшении здоровья в противопоказанных условиях труда). Лишившись работы, а соответственно хотя бы какого-либо дохода (сейчас это пенсия по возрасту), потерю пенсии по возрасту такой гражданин непременно попробует возместить пенсией по инвалидности, обратившись в учреждение МСЭ для установления инвалидности;

- материальный фактор, в случае введения по сравнению с пенсионерами по инвалидности ограничений в размере заработной платы или пенсии, ее индексации работающим пенсионерам по возрасту.

УДК 616.28-009-036.86-053.2(476)

Курак Ж.В.

ДИНАМИКА И СТРУКТУРА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ НЕЙРОСЕНСОРНЫХ НАРУШЕНИЙ СЛУХА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Республиканский научно-практический центр оториноларингологии, Минск, Беларусь

Kurak Zh.V.

DYNAMICS AND STRUCTURE OF PRIMARY DISABILITY OF CHILDREN WITH NEUROSENSORY HEARING LOSS IN THE REPUBLIC OF BELARUS

Republican Scientific and Practical Centre of Otorhinolaryngology, Minsk, Belarus

Ключевые слова: инвалидность; медицинская реабилитация; реабилитация; первичная детская инвалидность; степень утраты здоровья.

Key words: disability; medical rehabilitation; rehabilitation; primary child disability, degree of health loss.

Аннотация. Среди медико-социальных и экономических проблем, имеющих важное общегосударственное значение, особое место принадлежит вопросам детской инвалидности. За период с 2002г. по 2013г. впервые признаны инвалидами (ВПИ) по причине болезней уха и сосцевидного отростка 1 347 детей. Выявленное снижение СУЗ 3 у сельского населения отражает медицинскую и социальную эффективность проводимых реабилитационных мероприятий доступных детям-иналидам, проживающим в сельской местности. Резко выраженное ограничение жизнедеятельности, соответствующее ФК 4, вследствие нейросенсорных нарушений слуха, приводящее к стойко выраженной социальной недостаточности, требующее постоянного постороннего ухода, выявлено в основном у мальчиков.

Abstract. Among the medico-social and economic problems taking important nation-wide value, special place belongs to questions of children's disability. From 2002 for 2013 the are for the first time acknowledged disabled people (AFTADP) because of diseases of an ear and a mastoidal shoot of 1 347 children. The revealed decrease in SUSA 3 at a rural population reflects medical and social efficiency of the held rehabilitation events available to the children-inalidam living in the rural zone. Sharply expressed activity restriction corresponding to FC 4, owing to a neurotouch hearing disorder, bringing to with

firmness to the expressed social insufficiency, requiring permanent foreign care, is revealed generally at boys.

Введение. Среди медико-социальных и экономических проблем, имеющих важное общегосударственное значение, особое место принадлежит вопросам детской инвалидности. По даым инфорационой системы «Инвалидность», функционирующей на базе РНПЦ МСЭиР в Республике Беларусь за период с 2002г. по 2013г. впервые инвалидами было признано 71828 детей, в среднем ежегодно инвалидами становилось 3 780 детей. Болезни уха и сосцевидного отростка по частоте инвалидизации занимают седьмое ранговое место – 0,70 на 10 000 детского населения. За период с 2002г. по 2013г. впервые признаны инвалидами (ВПИ) по причине болезней уха и сосцевидного отростка 1 347 детей. В структуре первично признанных инвалидами по причине болезней уха и сосцевидного отростка 99% составляют дети с нейросенсорными нарушения слуха – 1334 ребенка.

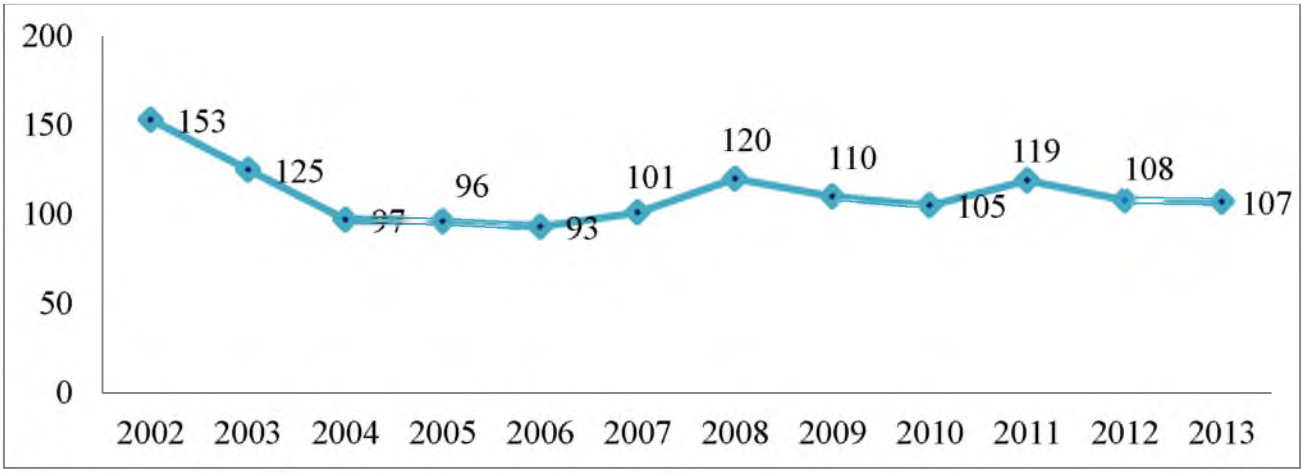


Рисунок 1. Количество детей, первично признанных инвалидами, вследствие нейросенсорных нарушений слуха.

При анализе интенсивных показателей среднегодовой уровень первичной детской инвалидности по болезням уха и сосцевидного отростка составил 0,73 на 10 тыс. населения в целом на протяжении всего исследуемого периода.

Изучение региональных показателей ПИ выявило существенные отклонения. Самый высокий показатель ПДИ по болезни уха и сосцевидного отростка регистрировался: в 2007г. 1,18 на 10 тыс. населения по г.Минску, самый низкий в 2006г. – 0,31 по Минской области.

Учитывая, что в общей структуре инвалидности по классу VIII болезней уха и сосцевидного отростка 99% занимают нейросенсорные нарушения слуха, пристальное внимание было уделено данной патологии.

Материалы и методы. Пациенты детского возраста вследствие нейросенсорных нарушений слуха в Республике Беларусь.

Результаты. Среднегодовой уровень первичной детской инвалидности вследствие двусторонней нейросенсорной потери слуха на протяжении всего исследуемого периода составил 0,59 на 10 тыс. детского населения. В период с 2002г. по 2006г. включительно отмечалось практически ежегодное снижение как абсолютного числа ВПИ детей по причине нейросенсорных нарушений слуха, так и интенсивного показателя. Наиболее высокий уровень ПДИ за период 2002-2006г.г. был отмечен в 2002г. и составил 0,69. в расчете на 10 тыс. населения.

С 2007 года регистрировалось ежегодное увеличение, как абсолютного числа ВПИ детей по причине нейросенсорных нарушений слуха, так и интенсивного показателя: число детей – инвалидов увеличилось на 5,9% (с 101 чел. в 2007г. до 107 чел. в 2013г.), Уровень первичной детской инвалидности (ПДИ) возрос – на 10% (0,55 на 10 тыс.населения в 2007г. до 0,61 на 10 тыс.населения в 2013г.). Наиболее высокий уровень ПДИ в расчете на 10 тыс. за период 2007-2013г.г. был отмечен в 2011г. – 0,69.

Данные изменения показателя связаны с началом работы программы аудиологического скрининга в Республике Беларусь.

Проведен повозрастной анализ ПДИ по причине нейросенсорных нарушений слуха в возрастных группах детей до года, 1-2 года, 3-6 лет, 7-10 лет, 11-14 лет, 14-17 лет. Абсолютное число детей, впервые признанными инвалидами, составило: в возрасте до 1 года – 1 ребенок в 2002г; 3 ребенка в 2003г; 2 ребенка в 2004г. Такая незначительная численность сохранялась до 2006г.

С 2007 года отмечается резкое увеличение абсолютного числа детей – инвалидов до 1 года, что связано с началом действия программы аудиологического скрининга в Республике Беларусь. ВПИ в 2007г. – 13 чел.; в 2008 г. – 19 чел.; 2009г. – 16 чел.; 2010г. – 23чел.; 2011г. – 24чел.; 2012г. – 28 чел.; 2013г. – 38 чел.

Впервые выявлено инвалидов детей в возрасте: 15-17 лет в 2002 году – 11 человек, в 2013г. – 1 ребенок. Отмечается тенденция к снижения количества ВПИ детей в данной возрастной группе в период 2002-2013годы.

Среднегодовые показатели ПДИ по Республике Беларусь за период 2002-2006г. выше среди детей 1-2 года (2,1 на 10 тыс. соответствующего населения (рис.1.), в возрастной группе 3-6 лет составили 1,1 на 10 тыс. соответствующего населения). Наиболее высокий уровень ПДИ в расчете на 10 тыс. за период 2002-2007г.г. в возрастной группе 1-2 года был отмечен в 2002г. – 2,99.

С 2007 г. наблюдается тенденция к увеличению ПДИ по причине нейросенсорных нарушений слуха в возрастной группе до 1года. Среднегодовые показатели ПДИ по причине нейросенсорных нарушений слуха по Республике Беларусь в возрастной группе до 1года за период 2007-2013г. составили 2,09 на 10 тыс. соответствующего населения (рис.1.)

Наиболее высокий уровень ПДИ в расчете на 10 тыс. за период 2007-2013г.г. в возрастной группе до 1 года достиг к 2013г. – 3,24. Среди возрастных групп в исследуемый период 2002-2013г.г. значительное снижение частоты установления инвалидности регистрировалась у подростков возрастной группы 15-17 лет на 81,82% (в 2002году – 0,22 до 0,04 на 10 тыс. населения данного возраста в 2013г.).

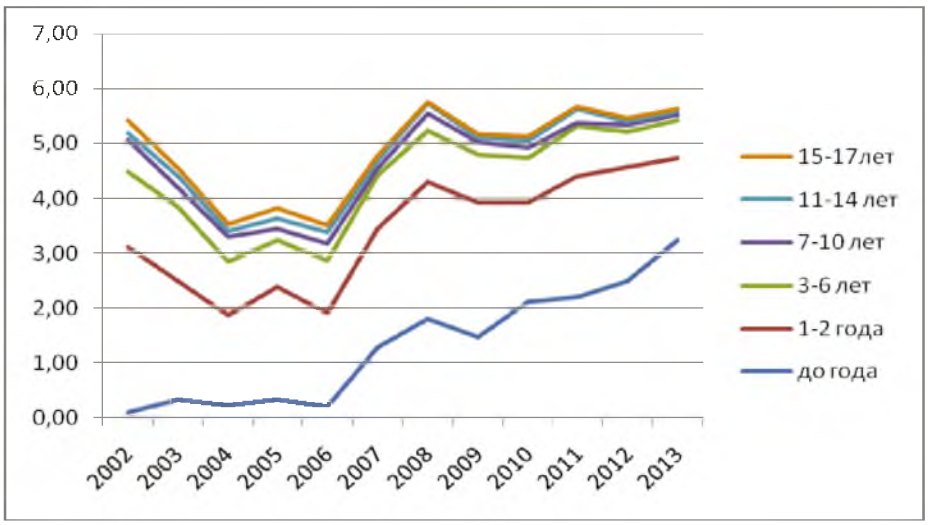


Рисунок 2. Динамика показателей первичной инвалидности детского населения вследствие нейросенсорных нарушений слуха в Республике Беларусь

Изучение региональных показателей первичной детской инвалидности по причине нейросенсорных нарушений слуха показало, что максимальный уровень отмечался среди городского населения в 2002году – 0,76, минимальный в 2004 году среди сельского населения – 0,28.

Проведен анализ по гендерному признаку. Максимальный уровень первичной инвалидности среди мальчиков был в 2013г 0,73 на 10 тыс. населения, минимальный 0,54 в 2006г. Максимальный уровень инвалидности среди девочек был в 2002г. 0,69 на 10 тыс. населения, минимальный 0,36 в 2004г. Таким образом, в 2002г. зарегистрированы самые высокие показатели, как среди мальчиков, так и среди девочек. В период с 2002 по 2013г.г. темп убыли первичной инвалидности среди девочек составил в абсолютных числах –0,21 (-30,4%). У мальчиков данный показатель характеризуется незначительным приростам, который составил в абсолютных числах +0,03 (+4,2%). Показатели первичной инвалидности у мальчиков стабильны во всем временном промежутке с 2002 по 2013г.г., не прослеживается тенденция к снижению. В период с 2002 по 2013г.г. регистрируется ощутимое снижение показателя первичной детской инвалидности у девочек на 30%.

В зависимости от степени выраженности ограничений жизнедеятельности, обусловленных стойкими расстройствами функций

организма, возникших в результате заболеваний, дефектов или травм, детям, признанным инвалидами, устанавливалась категория "ребенок-инвалид" первой, второй, третьей или четвертой степени утраты здоровья.

Структура тяжести первичной детской инвалидности анализировалась с 2002 года, когда была введена ее оценка по степеням утраты здоровья. В зависимости от степени выраженности ограничений жизнедеятельности, обусловленных стойкими расстройствами функций организма, возникших в результате нейросенсорных нарушений слуха, детям, признанным инвалидами, устанавливалась категория "ребенок-инвалид" первой, второй, третьей или четвертой степени утраты здоровья. В целом за период с 2002г. по 2013г. 9,8% детей имели степень утраты здоровья 1 (СУЗ 1), 59,4% – СУЗ 2, 30,35% – СУЗ 3, 0,37% – СУЗ 4.

По степени утраты здоровья в период 2002г по 2013г. среди мальчиков превалировала 2 СУЗ и 3 СУЗ.

У девочек в период с 2002г. по 2011г скложилась тенденция к уменьшению 1 СУЗ в 2 раза. У девочек в структуре лидирует 2 СУЗ, а 3 СУЗ сократилась в 3 разаза наблюдаемый период, что говорит о том, что девочки лучше адаптируются к последствиям влияния нарушений слуха на формирование ограничений жизнедеятельности и как следствие социальной недостаточности.

Резко выраженное ограничение жизнедеятельности, соответствующее ФК 4, вследствие нейросенсорных нарушений слуха, приводящее к стойко выраженной социальной недостаточности, требующее постоянного постороннего ухода превалировало у мальчиков 4 человека, девочка – 1.

У мальчиков увеличились интенсивные показатели СУЗ 2 с 0,28 до 0,54 за весь наблюдаемый период. Среди девочек интенсивные показатели СУЗ 2 практически остались без динамики. Нейросенсорные нарушения слуха, приводящие к ограничению жизнедеятельности, соответствующее ФК 3 и СУЗ 3 и как следствие к выраженной социальной недостаточности у девочек уменьшились с 0,20 до 0,07 на 10 тысяч населения за весь наблюдаемый период.

Легкое ограничение жизнедеятельности с учетом возрастных норм развития, соответствующее ФК 1и СУЗ 1, вследствие нейросенсорных нарушений слуха сократилось с 16 до 4 человек у городского населения и с 5 до 1 у сельского населения. Интенсивные показатели СУЗ 1 у городского населения снизились с 0,10 на 10 000 населения в 2002г. до 0,03 на 10 000 населения 2013г. Интенсивные показатели СУЗ 1 у сельского населения снизились с 0,08 на 10 000 населения в 2002г. до 0,02 на 10 000 населения 2013г. Интенсивные показатели свидетельствуют о том, что сокращается СУЗ 1 у городского и сельского населения.

Умеренных нарушений жизнедеятельности, соответствующих ФК 2, СУЗ 2 и приводящих к умеренно выраженной социальной недостаточности, стало больше среди городского и сельского населения в абсолютных показателях.

Интенсивные показатели СУЗ 2 среди городского населения: 2002 г. – 0,38, 2013 г. – 0,45 на 10 000 населения; среди сельского 2002г. – 0,24; 2013г. – 0,54 на 10 000 населения. Среди сельского населения интенсивные показатели в расчете на 10 000 СУЗ 2 больше, чем среди городского. Среди городского населения лидерами являются СУЗ 2 и СУЗ 3, тогда как у сельского СУЗ 1 и СУЗ 2, несмотря на гораздо более доступную специализированную оториноларигологическую помощь, медицинскую реабилитацию и коррекционно-педагогическую работу городскому детскому населению.

Положительная динамика отмечается по СУЗ 3 у городского и сельского населения: соответственно сократилась у городского населения с 0,28 до 0,15, у сельского с 0,21 до 0 за весь наблюдаемый период. Темп снижения гораздо боле высокий у сельского населения.

Заключение:

1. Болезни уха и сосцевидного отростка по частоте инвалидизации занимают седьмое ранговое место – 0,70 на 10 000 детского населения. Самый высокий показатель ПДИ по болезни уха и сосцевидного отростка регистрировался: в 2007году 1,18 на 10 тыс. населения по г.Минску, самый низкий в 2006 году - 0,31 по Минской области.
2. В структуре первично признанных инвалидами по причине болезней уха и сосцевидного отростка 99% составляют дети с нейросенсорными нарушения слуха. Наиболее высокий уровень ПДИ по причине нейросенсорных нарушений слуха в расчете на 10 тыс. за период 2007-2013г.г. был отмечен в 2011г. -0,69.
3. Наиболее высокий уровень ПДИ в расчете на 10 тыс. за период 2007-2013г.г. в возрастной группе до 1 года достиг к 2013г. – 3,24. Среди возрастных групп в исследуемый период 2002-2013г.г. значительное снижение частоты установления инвалидности регистрировалась у подростков возрастной группы 15-17 лет на 81,82% (в 2002году – 0,22 до 0,04 на 10 тыс. населения данного возраста в 2013г.).
4. Таким образом, несмотря на проводимые реабилитационные мероприятия в Республике Беларусь: аудиологический скрининг, цифровое слухопротезирование, кохлеарная имплантация легкие ограничения жизнедеятельности соответствующее ФК 1 и СУЗ 1, вследствие нейросенсорных нарушений слуха сократилась у сельского и городского населения.
5. Нами выявлено снижение СУЗ 3 у городского и сельского населения, причем темп снижения у сельского населения гораздо выше, чем у городского. Это отражает медицинскую и социальную эффективность проводимых реабилитационных мероприятий доступных детям-иналидам, проживающим в сельской местности.
6. Резко выраженное ограничение жизнедеятельности, соответствующее ФК 4, вследствие нейросенсорных нарушений слуха,

приводящее к стойко выраженной социальной недостаточности, требующее постоянного постороннего ухода, превалировало у мальчиков.

Список литературы:

1. Смычек В.Б. Реабилитация больных и инвалидов/ В.Б. Смычек. - М.: Мед. лит., 2009-560с.: ил.
2. Смычек В.Б. Современные аспекты инвалидности/ В.Б. Смычек. - Минск : БГАТУ, 2012.-268с.

УДК 616.89-008.15

Давыдов А.Т.[1], Загребельный И.А.[2]

РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ С РАССТРОЙСТВОМ АДАПТАЦИИ

[1]ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург
[2]ФГКУ МО РФ «Выборгский гарнизонный военный госпиталь», г. Выборг, Ленинградская область, Россия

Davydov A.T.[1], Zagrebelnii I.A.[2]

REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE WITH ADJUSTMENT DISORDER

[1]St. Petersburg Scientific and Practical Center of Medical-Social Expertise, Prosthetics and Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht
[2]SFSI DS RF «Vyborg Garrison Military Hospital», Vyborg, Leningrad region

Ключевые слова: реабилитация, инвалид, расстройство адаптации.

Keyword: rehabilitation, disabled people, adjustment disorder.

Аннотация. Приводится опыт реабилитации инвалидов с расстройством адаптации.

Summary: The article describes experience of disabled people with adjustment disorder.

Введение и актуальность.

Актуальность исследования определяется необходимостью проведения реабилитационных мероприятий у инвалидов с расстройством адаптации (РА). Так, РА (F-43.2) характеризуется полиморфизмом клинических расстройств, в число которых входит: кратковременная депрессивная реакция; пролонгированная депрессивная реакция; смешанная тревожная и депрессивная реакция; с преобладанием нарушений других эмоций; с

преобладанием нарушения поведения; смешанное расстройство эмоций и поведения и другие.

Целью исследования явился анализ опыта раннего проведение реабилитационных мероприятий у инвалидов с расстройством адаптации.

Материал и методы.

В обследовании приняли участие 108 безработных, из них была составлена основная группа в количестве 53 человек с проявлениями РА, а также группа сравнения из 55 безработных без признаков РА. Среди безработных с РА доля лиц с «рабочей» группой инвалидности составила 30,2 %. Для выявления безработных с РА были использованы психодиагностические методики, такие как, клиническая шкала Монтгомери-Асберга для оценки депрессии и анамнестическая анкета, фиксирующая связь ухудшения здоровья с увольнением. В целях изучения структуры РА использовалась шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности (Ч.Д. Спилбергер, Ю.Л. Ханин), позволяющая дифференцировать уровень тревожности, связанной с потерей работы, от фоновой личностной тревожности. Выбор методик основывался на их надёжности, простоте выполнения. Они оказались валидными при выявлении основных признаков РА, в частности, симптомов реактивной тревоги и депрессии. Указанные методики использовались до и после проведения реабилитационных мероприятий.

Реабилитационные мероприятия включали проведение индивидуальной и семейной психокоррекции, методики саморегуляции и мышечной релаксации, когнитивно-поведенческую и арттерапию. Реабилитационные мероприятия проводились на базе районного «Центра диагностики и консультирования» г. Выборга Ленинградской области. Групповые занятия по реабилитации проводили 2 раза в неделю в течение 2 часов. Всего было проведено 16 мероприятий.

Результаты и их обсуждение.

В результате исследования у лиц основной группы с РА уровни депрессии и реактивной тревожности до осуществления реабилитационных мероприятий составили 17,8±5,7 и 63,9±5,2 баллов, а после их проведения снизились до 9,9±3,2 и 40,4±4,2 баллов, приближаясь по значениям к группе сравнения, где данные показатели были равны 5,5±3,2 и 41,2±5,1 баллов. После завершения реабилитации в группе лиц с РА отмечено клиническое улучшение показателей адаптивности, что позволило добиться ремиссии длительностью свыше 3 месяцев у 69,8 % больных. У 16 (30,2 %) лиц основной группы проявления РА сохранялись.

Анализ существующей практики раннего выявления РА у безработных свидетельствует о высокой частоте инвалидности в основной группе безработных с РА. В связи с этим, нами было проведено раннее выявление, оказана реабилитационная медицинской помощь безработным с РА и осуществлена оценка затрат. Так, например, применение анамнестической анкеты и шкалы Монтгомери-Асберга в качестве экспресс тестирования РА

вместе с инструктажем, подсчетом результатов и выдачей рекомендаций на одного обследуемого занимало в среднем 15 минут, и расчетная стоимость составила 1 условную единицу трудоемкости.

Заключение.

Таким образом, осуществлено раннее выявление РА и проведены реабилитационные мероприятия у безработных на базе районного «Центра диагностики и консультирования». После завершения реабилитации 69,8 % безработных с последующей редукцией проявлений РА были направлены в городской «Центр занятости населения» г. Выборга для трудоустройства, а 30,2 % безработных в различные медицинские учреждения для оказания им специализированной медицинской помощи с последующими реабилитационными мероприятиями.

УДК 616.43

Демидович Т.Г., Чубарова З.В., Лужникова Е.А.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ И ПОВТОРНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2013–2015 ГГ.

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

Demidovich T.G., Chubarova Z.V., Luzhnikova E.A.

FEATURES OF PRIMARY AND REPEATED DISABILITY DUE TO DISEASES OF THE ENDOCRINE SYSTEM AMONG THE ADULT POPULATION OF THE IRKUTSK REGION FOR 2013–2015.

FSI "Glavnoe Byuro medical-social expertise across the Irkutsk region" of the Ministry of labor, Irkutsk

Ключевые слова: инвалидность, первичная, повторная, болезни эндокринной системы.

Key words: disability, primary and repeated disability, diseases of the endocrine system.

Аннотация: Представлен анализ первичной и повторной инвалидности взрослого населения вследствие болезней эндокринной системы в Иркутской области за 2013–2015 гг.

Abstract: The article presents an analysis of primary and repeated disability of adult population due to diseases of the endocrine system in the Irkutsk region in 2013–2015 years.

Цель исследования: изучить структуру первичной и повторной инвалидности вследствие болезней эндокринной системы среди взрослого населения (18 лет и старше) в городских и сельских поселениях Иркутской области за 2015 г; сравнить показатели за период 2013–2015 гг.

Материалы и методы исследования: анализировались зарегистрированные случаи результатов впервые и повторно проведенной медико-социальной экспертизы вследствие болезней эндокринной системы согласно данным отчетов по формам государственного статистического наблюдения 7-собес, электронной базы ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России за 2013–2015 гг.

Основные результаты: Болезни эндокринной системы (БЭС) в Иркутской области в 2015 г. в общей структуре первичной инвалидности взрослого населения занимают 12-е ранговое место со смещением с 10-го места относительно 2014 г. (2011–2013 гг. – 9-е место).

Доля впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие болезней эндокринной системы в 2015 г. уменьшилась и составила 1,4% (2013–2014 гг. – стабильна в значении 2,6%).

В 2015 г. в Иркутской области впервые признано инвалидами вследствие болезней эндокринной системы 184 чел. из числа взрослого населения; в городских поселениях – 148 чел. (80,4%), сельских – 36 чел. (19,6%).

В 2014 г. из числа взрослого населения впервые признавались инвалидами 351 чел.; в городских поселениях – 276 чел. (78,6%), сельских – 75 чел. (21,4%). В 2013 г. впервые признавались инвалидами 413 чел. (из числа взрослого населения); в городских поселениях – 333 чел. (80,6%), сельских – 80 (19,4%).

Интенсивный показатель первичной инвалидности взрослого населения (ИППИ) вследствие болезней эндокринной системы в Иркутской области в период 2011–2014 гг. превышал уровни РФ (2011г. – 1,9; 2012г. – 1,9; 2013г. – 1,5; 2014г. – 1,3) и СФО (2011г. – 1,8; 2012г. – 1,8; 2013г. – 1,3; 2014г. – 1,1) и составлял: в 2011г. – 2,9; 2012г. – 2,8; 2013г. – 2,2; 2014г. – 1,9 на 10 тыс. взрослого населения.

Интенсивный показатель первичной инвалидности взрослого населения (ИППИ) вследствие БЭС в Иркутской области в 2015 г. – ниже уровня РФ, превышая уровень по СФО, – 1,0 на 10 тыс. взрослого населения (РФ – 1,1; СФО – 0,9).

Подобная динамика снижения ИППИ и в городских (2015г. – 1,0; 2014г. – 1,8; 2013г. – 2,2) и сельских (2015г. – 1,0; 2014г. – 2,0; 2013г. – 2,2) поселениях.

В структуре первичной инвалидности преобладали (в долях):

- городское население;
- женщины;
- пенсионный возраст;
- III группа инвалидности.

В структуре первичной инвалидности вследствие БЭС преобладала доля впервые признанных инвалидами вследствие сахарного диабета (преимущественно 2 типа) с доминированием:

– городского населения;
– женщин;
– пенсионного возраста;
– III группы инвалидности;

В первичной инвалидности вследствие сахарного диабета 2 типа и 1 типа в 2015 г. преобладает доля пенсионного возраста. В период 2012–2014 гг. при СД 1 типа преобладала доля трудоспособного возраста; доля молодого возраста в структуре трудоспособного составила в 2015 г. – 50,0% (2014 – 79,2%; 2013 – 77,8%).

Интенсивный показатель первичной инвалидности вследствие СД в Иркутской области в положительной динамике снизился к 2015 г. до 0,8, сравнялся с уровнем СФО и впервые за период с 2011 г. – ниже уровня РФ (1,0 на 10 тыс. взрослого населения).

Интенсивный показатель первичной инвалидности взрослого населения (ИППИ) вследствие СД в Иркутской области в период 2011–2014 гг. превышал уровни РФ (2011г. – 1,7; 2012г. – 1,7; 2013г. – 1,3; 2014г. – 1,2) и СФО (2011г. – 1,6; 2012г. – 1,6; 2013г. – 1,1; 2014г. – 1,1) и составлял: в 2011г. – 2,7; 2012г. – 2,6; 2013г. – 2,0; 2014г. – 1,7 на 10 тыс. взрослого населения.

Интенсивный показатель первичной инвалидности вследствие СД 2 типа снизился до уровня 0,6 на 10 тыс. взрослого населения (2014г. – 1,6; 2013г. – 1,7).

Интенсивный показатель первичной инвалидности вследствие СД 1 типа в 2015 г. повысился до уровня – 0,2 – промежуточного уровня относительно 2014 г. (0,1) и 2013 г. (0,3 на 10 тыс. взрослого населения).

На второе место в структуре первичной инвалидности вследствие болезней эндокринной системы в 2015 г. переместились болезни щитовидной железы (доля – 6,0%) с третьего места 2014 г. (2014г. – 2,8%; 2013г. – 3,4%). Интенсивный показатель в 2013–2015 гг. стабильно составляет 0,06 на 10 тыс. взрослого населения. Преобладают доли женщин (54,5%) и жителей городских поселений (72,7%).

Интенсивный показатель первичной инвалидности при болезнях щитовидной железы в 2013–2015 гг. относительно стабилизировался с незначительной (вследствие малых значений) вариабельностью (2015г. – 0,06; 2014г. – 0,05; 2013г. – 0,07 на 10 тыс. взрослого населения).

Болезни щитовидной железы в 2015 г. представлялись двумя нозологическими формами: диффузным токсическим зобом и гипотиреозом. Абсолютное число ВПИ вследствие ДТЗ в 2015 г. увеличилось до 9 чел. (2014г. – 7; 2013г. – 10 чел.). В структуре преобладала доля диффузного токсического зоба (ДТЗ) – 81,8%. Во внутренней структуре ВПИ вследствие ДТЗ – преобладали доли женщин – 55,6 (2013г. – 90,0%; 2014г. – все ВПИ

вследствие ДТЗ – женщины) и жителей городских поселений – 77,8% (2013г. – 90,0%; 2014г. – преобладала доля жителей сельских поселений – 71,4%). Интенсивный показатель первичной инвалидности (ИППИ) вследствие ДТЗ с относительной стабильностью (2015г. – 0,05; 2014г. – 0,04; 2013г. – 0,05 на 10 тыс. взрослого населения).

Доля гипотиреоза – 18,2% (ИППИ 0,01) с равными долями женщин и мужчин, жителей городских и сельских поселений.

Третье место в 2014 г. занимал узловой зоб с долей 10,0% (ИППИ 0,005 на 10 тыс. взрослого населения); все ВПИ – женщины и жители городских поселений.

Третье место в структуре первичной инвалидности вследствие БЭС в 2015 г. занимает ожирение с долей в 3,3%, ИППИ – 0,03 и преобладанием долей женщин (83,3%) и жителей городских поселений (83,3%).

В структуре первичной инвалидности взрослого населения вследствие болезней эндокринной системы по тяжести в 2013–2015 гг., и в городских и сельских поселениях, преобладала доля III группы (2014г. – 79,5%; 2013г. – 77,0%) с уменьшением до 66,3% в 2015 г.

Доля II группы инвалидности в 2015 г. составила 29,3% (2014г. – 19,7%; 2013г. – 19,8%) с увеличением в городских и сельских поселениях, стабилизацией ИППИ (2015г. – 0,3; 2014г. – 0,3; 2013г. – 0,4 на 10 тыс. взрослого населения).

Доля I группы увеличилась в 2015 г. до 4,4% (2014г. – 2,8%; 2013г. – 3,2%) с ростом в городских поселениях (2015г. – 5,4%; 2014г. – 3,3; 2013г. – 3,0) при незначительном снижении ИППИ с 0,07 до 0,05 (2015г. – 0,05; 2014г. – 0,06; 2013г. – 0,07 на 10 тыс. взрослого населения). В сельских поселениях I группа в 2015 г. не устанавливалась (2013г. – 3,8%; 2014г. – 1,3% со снижением ИППИ от 0,08 до 0,03 на 10 тыс. взрослого населения).

В структуре повторной инвалидности преобладали (в долях):

- пенсионный возраст; в период 2013–2014 гг. преобладала доля трудоспособного возраста;
- III группа инвалидности;
- сахарный диабет 2 типа.

Среди ППИ вследствие болезней эндокринной системы в 2015 г. доля пенсионного возраста увеличилась до преобладания – 51,6% (2014г. – 43,9%; 2013г. – 43,5%) с постепенным снижением ИП от 13,0 (в 2013 г.) до 8,1 на 10 тыс. населения пенсионного возраста (к 2015 г).

В 2013–2015 гг. ИП пенсионного возраста стабильно превышал показатель трудоспособного возраста. В 2013–2014 гг. преобладала доля трудоспособного возраста (2014г. – 56,1%, ИП – 5,2; 2013г. – 56,5%, ИП – 6,0 на 10 тыс. населения трудоспособного возраста). Доля трудоспособного возраста в 2015 г. составляла 48,4%, при снижении ИП до 2,9 на 10 тыс. населения трудоспособного возраста.

В повторной инвалидности среди взрослого населения вследствие БЭС в 2013–2015 гг. преобладала доля III группы с ростом к 2015 г. до 78,4% и

снижением ИП – 3,4 (2014г. – 77,4% с ИП – 5,2; 2013г. – 74,8% с ИП – 5,9). Доля II группы незначительно уменьшилась (2015г. – 16,7%; 2014г. – 17,3%; 2013 – 20,0%) с существенным снижением ИП до 0,7 (2014г. – 1,2; 2013г. – 1,6). Доля I группы относительно стабильна (2015г. – 4,9%; 2014г. – 5,3%; 2013г. – 5,2%) со снижением ИП до 0,2 от стабильного 0,4 на 10 тыс. взрослого населения. Подобное соотношение групп инвалидности и в трудоспособном и пенсионном возрастах.

Ведущей нозологической формой в структуре повторной инвалидности в 2013–2015 гг. явился СД со снижением доли в 2015 г. до 89,3% и ИП до 3,9 (2014г. – 90,0%, ИП – 6,1; 2013г. – 90,5%, ИП – 7,1 на 10 тыс. взрослого населения).

ИП взрослого населения вследствие СД в Иркутской области в период 2011–2015 гг. составлял (при плавном снижении): 2011г. – 8,9; 2012г. – 8,2; 2013г. – 7,1; 2014г. – 6,1; 2015г. – 3,9 и превышал уровни РФ (2011г. – 5,3; 2012г. – 5,3; 2013 – 4,2; 2014г. – 3,6; 2015 – 3,0) и СФО (2011г. – 5,4; 2012 г.– 5,4; 2013г. – 4,1; 2014г. – 3,4; 2015г. – 2,7 на 10 тыс. взрослого населения).

В 2014–2015 гг. в пенсионном возрасте СД являлся единственной причиной установления I группы инвалидности после стабильного значения – с долей 98,4% – в 2012–2013 гг. В трудоспособном возрасте доля I группы с волнообразной динамикой к 2015 г. составила 91,7% (2014г. – 89,5%; 2013г. – 93,8%).

В повторной инвалидности вследствие СД в 2013–2015 гг. преобладала доля III группы со снижением ИП к 2015 г. (2015г. – 78,4%, ИП – 3,1; 2014г. – 77,3%, ИП – 4,7; 2013 – 75,4%, ИП – 5,4 на 10 тыс. взрослого населения). Доля II группы незначительно уменьшилась со снижением ИП (2015г. – 16,3%, ИП – 0,6; 2014г. – 17,0%, ИП – 1,0; 2013г. – 19,0%, ИП – 1,4 на 10 тыс. взрослого населения). Доля I группы – относительно стабильна при снижении ИП (2015г. – 5,3%, при ИП – 0,2; 2014г. – 5,7%, ИП – 0,3; 2013г. – 5,6%, ИП – 0,4 на 10 тыс. взрослого населения). Подобная динамика, как в пенсионном, так и трудоспособном возрасте.

Показатель суммарной реабилитации при БЭС значительно повысился до 19,1% (2014г. – 9,9%; 2013г. – 2,9%); при СД – до 19,3% (2014г. – 9,0%; 2013г. – 2,6%).

Показатель суммарной стабильности при БЭС снизился до 75,5% (2014г. – 82,8%; 2013г. – 89,6%); при СД – до 75,0% (2014г. – 83,4%; 2013г. – 89,4%).

Показатель суммарного утяжеления при БЭС снизился до 5,4% (2014г. – 7,3%; 2013г. – 7,5%); при СД – до 5,7% (2014г. – 7,6%; 2013г. – 8,0%).

УДК 314.44

Лущинская С.И., Копыток А.В.

ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», пос. Городище, Республика Беларусь

Lushchinskaya S.I., Kapytok H.V.

INDICATORS OF PRIMARY DISABILITY IN THE REPUBLIC OF BELARUS

State institution «National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation», Gorodische, Republic of Belarus

Ключевые слова: инвалид, первичная инвалидность, тяжесть инвалидности.

Keywords: disabled, primary disability, severity of disability.

Аннотация. Проведено исследование показателей первичной инвалидности населения Республики Беларусь, как в целом, так и среди различных категорий населения: взрослого, трудоспособного и детского.

Abstract. A study of indicators of primary disability of population of the Republic of Belarus as a whole and among the various categories of the population: adult, able-bodied and children.

Цель. Изучение показателей инвалидности населения Республике Беларусь в 2015 г.

Материалы и методы. При проведении исследования анализировались данные Республиканской информационно-аналитической системы по медицинской экспертизе и реабилитации инвалидов Республики Беларусь, функционирующей в ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации».

При расчете интенсивных показателей инвалидности использовались данные Национального статистического комитета Республики Беларусь о численности и возрастной структуре населения.

Результаты. За 2015 год в Республике Беларусь было впервые признано инвалидами 60 305 человек, из них 56 641 человек – в возрасте 18 лет и старше, 20 960 человек – в трудоспособном возрасте, 3 664 человека – до 18 лет. Уровень первичной инвалидности населения республики в целом за 2015 г. по сравнению с 2014 г. вырос на 5,9% (с 60,15 на 10 тыс. населения в 2014 году до 63,71 на 10 тыс. населения в 2015 году).

Среди взрослого населения уровень первичной инвалидности составил 73,57 на 10 тыс. населения, что на 5,9% выше уровня предыдущего года (69,48 на 10 тыс. населения).

В нозологической структуре первичной инвалидности взрослого населения традиционно лидируют следующие классы болезней: болезни системы кровообращения (31,15 на 10 тыс. населения, или 42,4%), новообразования (17,36 на 10 тыс. населения, или 23,6%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (5,79 на 10 тыс. населения, или 7,9%) психические расстройства (3,98 на 10 тыс. населения, или 5,4%) болезни нервной системы (3,27 на 10 тыс. населения, или 4,4%), травмы (3,18 на 10 тыс. населения, или 4,3%).

Уровень первичной инвалидности среди населения трудоспособного возраста (18-59(54) года) за 2015 г. составил 38,74 на 10 тыс. населения, что на 2,9% выше уровня предыдущего года (37,63 на 10 тыс. населения).

В нозологической структуре первичной инвалидности населения трудоспособного возраста наибольший удельный вес имели следующие классы болезней: новообразования (11,07 на 10 тыс. населения, или 28,6%), болезни системы кровообращения (10,76 на 10 тыс. населения, или 27,8%), травмы (3,37 на 10 тыс. населения, или 8,7%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (3,01 на 10 тыс. населения, или 7,8%).

Тяжесть первичной инвалидности населения трудоспособного возраста (суммарный удельный вес I и II групп инвалидности) снизилась с 50,0% за 2014 г. до 48,6% за 2015 г. Однако остаётся высокой тяжесть первичной инвалидности при туберкулёзе (87,0%), новообразованиях (76,5%), болезнях крови (58,8%), психических расстройствах (54,2%), болезнях органов пищеварения (53,0%) и болезнях мочеполовой системы (78,7%).

Уровень первичной детской инвалидности (до 18 лет) за 2015 г. по сравнению с уровнем прошлого года (18,97 на 10 тыс. населения) вырос на 8,8% и составил 20,64 на 10 тыс. населения.

В нозологической структуре первичной детской инвалидности, преобладающими за 2015 г. являлись врожденные аномалии (5,15 на 10 тыс. населения, или 25,0%), болезни нервной системы (3,68 на 10 тыс. населения, или 17,9%), психические расстройства (3,14 на 10 тыс. населения, или 15,2%), болезни эндокринной системы (2,35 на 10 тыс. населения, или 11,4%), новообразования (2,03 на 10 тыс. населения, или 9,8%).

Тяжесть первичной детской инвалидности (суммарный удельный вес детей-инвалидов с 3-й и 4-й СУЗ) снизилась с 41,0% в 2014 г. до 39,5% в 2015 г.

Заключение. Уровень первичной инвалидности населения республики в целом за 2015 г. по сравнению с 2014 г. вырос на 5,9%, в т.ч. среди взрослого населения – на 5,9%, среди трудоспособного населения – на 2,8%, среди детского населения – на 9,3%. Тяжесть первичной инвалидности населения трудоспособного возраста (суммарный удельный вес I и II групп инвалидности) снизилась с 50,0% за 2014 г. до 48,6% за 2015 г.

УДК 616.831-009.11-031.4

Черкашина И.В., Войтенков В.Б., Самойлова И.Г.

ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММ ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

ФГБУ «Научно-исследовательский институт детских инфекций» ФМБА России, Санкт-Петербург

Cherkashina I.V., Voytenkov V.B., Samoylova I.G.

PERSONALIZATION PROGRAM MOTOR REHABILITATION OF DISABLED CHILDREN

FEDERAL STATE INSTITUTION"SCIENTIFIC RESEARCH INSTITUTE OF CHILDREN'S INFECTIONS" FEDERAL BIOMEDICAL AGENCY"

Ключевые слова: реабилитация, ребенок-инвалид, персонализация реабилитации, транскраниальная магнитная стимуляция.

Keywords: rehabilitation, child with disabilities, personalization of rehabilitation, transcranial magnetic stimulation.

Аннотация. Оценивали эффективность персонализированных программ реабилитации детей-инвалидов с моторным дефицитом. Авторы использовали метод диагностической транскраниальной магнитной стимуляции для выбора оптимальной тактики кинезитерапии с обратной связью.

Abstract. We evaluated the effectiveness of personalized rehabilitation programs for disabled children with motor deficiency. The authors used diagnostic method of transcranial magnetic stimulation to select optimal tactics kinesitherapy feedback.

Введение. Проблема реабилитации детей с двигательным дефицитом продолжает оставаться актуальной. Существует множество методик, позволяющих добиться значительных результатов в реабилитации таких детей. Особого внимания заслуживают способы кинезитерапии с использованием функциональных тренажеров с обратной связью для восстановления двигательной активности. Однако, даже эти инновационные методики не позволяют проводить персонализацию применяемой терапии, базирующуюся на объективных нейрофизиологических критериях [1].

Цель. Объективизация и оптимизация программ двигательной реабилитации детей с моторным дефицитом.

Материал и методы. Для объективизации эффективности методик кинезитерапии с использованием функциональных тренажеров с обратной связью, в отделении медицинской реабилитации ФГБУ «Научно-

исследовательский институт детских инфекций» ФМБА России применяется методика диагностической транскраниальной магнитной стимуляции (ТКМС). ТКМС позволяет количественно оценить скорость проведения по моторным путям и функциональную активность мотонейронов, определить латентность (в мс), амплитуду (в мВ) и порог (в %) вызванного моторного ответа (ВМО) [2].

Обследовано 20 человек, 8 мальчиков, 12 девочек, средний возраст 13 лет (10-15 лет). У всех имел место моторный дефект вследствие перенесенных нейроинфекций и органического поражения ЦНС. Все пациенты прошли терапию на бегущей дорожке HP Cosmos mercury med, 10 сеансов. Всем пациентам до начала терапии и через 7 суток проводилась диагностическая транскраниальная магнитная стимуляция (ТКМС) с помощью аппарата «Нейро-МС» (компания Нейрософт, Россия) с оценкой порога, латентности, амплитуды и формы сегментарных вызванных моторных ответов (ВМО), расчетом времени центрального моторного проведения (ВЦМП) с рук и ног. Регистрация проводилась с помощью электронейромиографа «Нейро-МВП» (компания Нейрософт, Россия). При выявлении ускорения проведения по моторным путям, повышения функциональной активности нейронов поясничного и/или шейного утолщения спинного мозга, проявлявшихся в укорочении латентностей сегментарных ВМО, повышении их амплитуд и понижении порогов по сравнению с исходным уровнем, терапия продолжалась с прежним режимом лечения. При отсутствии положительной динамики по данным ТКМС, режим терапии усиливался.

Результаты. Побочных реакций и нежелательных явлений, отказа от проведения исследования не наблюдалось ни в одном случае. При первом исследовании высокий порог (60-70%) возникновения ВМО наблюдался у всех пациентов, у всех регистрировались нарушение формы ВМО (полифазия), снижение их амплитуды и асимметрия ее более, чем на 4 мВ. При втором исследовании у 12 из 20 пациентов отмечалось снижение порога ВМО до 40-50% (у двоих — до 35%). Полифазия ВМО сохранялась, но ее степень у 8 пациентов значительно уменьшилась. У этих же пациентов отмечалось умеренное повышение амплитуды ВМО. У данной группы пациентов терапия продолжалась в прежнем режиме. У остальных 8 детей режим терапии был усилен. В результате проведения персонализированной терапии у всех пациентов наблюдалось клиническое улучшение, проявлявшееся в изменении параметров ходьбы (увеличение скорости, длины шага) и улучшении постуральной устойчивости.

Результаты. Персонализация программ медицинской реабилитации детей с двигательным дефицитом с использованием метода ТКМС позволяет объективно оценить качество проводимой реабилитации и оптимизировать тактику дальнейшего лечения.

Список литературы.

1. Дедов И.И., Тюльпаков А.Н., Чехонин В.П., Баклаушев В.П., Арчаков А.И., Мошковский С.А. Персонализированная медицина: современное состояние и перспективы. Вестник Российской академии медицинских наук. 2012;67(12):4-12.
2. Войтенков В.Б, Скрипченко Н.В., Климкин А.В., Иванова М.В., Пульман Н.Ф., Черкашина И.В. Электрофизиологические методики как инструмент нейромониторинга у детей, проходящих реабилитационное лечение. Курортная медицина. 2016. № 2. С. 23-26

УДК 617.3

Орешков А.Б., Абдулрахим М.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОРТЕЗИРОВАНИЕ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА. ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ НА ПРИМЕРЕ СПАСТИЧЕСКОЙ РУКИ.

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты РФ, Санкт-Петербург,
МЦ «Ортотерапия», Санкт-Петерубрг.

Oreshkov A.B., Abdulrahim M.

CLINICAL ORTHOTICS SHOULDER GIRDLE. COMMON ERRORS ON THE EXAMPLE OF HAND SPASTIC.

FSBI of additional professional education “Saint Petersburg institute of enhancement of doctors-experts” of Ministry of labour of Russian Federation, Saint-Petersburg,
Medical center of clinical orthothics “Orthotherapy”, Saint-Petersburg.

Ключевые слова: инвалидность, индивидуальная программа реабилитации и абилитации, технические средства реабилитации, тутор, ортез, детский церебральный паралич, спастические и вялые параличи, спастическая рука.

Keywords: disability, an individual program of rehabilitation and habilitation, rehabilitation equipment, orthosis, splint, brace, cerebral palsy, spastic and flaccid paralysis, spastic hand.

Аннотация: авторами освещены проблемы в обеспечении инвалидов техническими средствами реабилитации на примере клинического ортезирования пациентов с синдромом «спастической руки».

Abstract: The authors highlight the problems in providing disabled persons with technical means of rehabilitation by the example of clinical orthotic patients with the syndrome of "spastic hands."

В настоящее в системе обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации (ТСР) сложился ряд трудноразрешимых противоречий. Специалисты медицинских организаций, лечащие врачи в рекомендациях медицинских документов, выписных эпикризах и справках обычно ограничиваются лишь упоминанием о необходимости использования ТСР. Отсутствие подробных рекомендаций в отношении ТСР ставит в затруднительное положение медико-социальных экспертов при формировании индивидуальной программы реабилитации для инвалида. Названия одних и тех же ТСР разные в различных медицинских и финансовых документах, что исключает компенсацию инвалиду средств, затраченных им на ТСР. В случаях направления из Фонда социального страхования (ФСС) в протезно-ортопедические предприятия (ПрОП) инвалида на изготовление ТСР в ряде случаев технология их изготовления не позволяет достигнуть цели лечения. Качество полученных инвалидом ТСР и, тем более, клинический результат с их использованием, как правило, не анализируется специалистом медицинской организации. Исключается профилактическое направление в предотвращении ожидаемых контрактур распространенных заболеваний (детский церебральный паралич, спинальные мышечные атрофии, последствия родовой травмы плечевого сплетения и др.) Наиболее сложным объектом в этой области является плечевой пояс, рука и кисть.

Для спастической руки характерны следующие основные контрактуры: пронационная контрактура плеча, сгибательная контрактура в локтевом суставе, пронационная контрактура предплечья, сгибательная контрактура в лучезапястном суставе, ульнарная девиация кисти, сгибательные контрактуры в 2-3-4-5 пястно-фаланговых суставах, сгибательные контрактуры в межфаланговых суставах пальцев кисти с последующим формированием сгибательно-разгибательной контрактуры по типу «лебединой шеи», приведение первого луча по типу «палец в ладони», разгибательная контрактура в первом пястно-фаланговом суставе с последующим формированием подвывиха и вывиха основной фаланги первого пальца кисти.

К основным ошибкам ортезирования спастической руки относятся сохранение пронационных контрактур плеча и предплечья, сгибательных контрактур локтя, лучезапястного сустава и трехфаланговых пальцев, ульнарная девиация кисти, приведение первой пястной кости с вывихом основной фаланги.

Причинами ошибок является нарушение правила давления в трех точках в каждой из трех плоскостях для каждой контрактуры в распространенных технических решениях ортезирования основанных на применении полиэтиленовых шин или мягкотканных циркулярных оболочек с металлическими пластинами.

Для достижения цели ортезного сопровождения комплексного лечения

спастической руки использовали технологию индивидуального клинического ортезирования, основанную на свойствах низкотемпературного термопластика с полиуретановым покрытием. Ортезироварование основывали на следующих принципах: профилактика образования типичных контрактур, при наличии их устраняли последовательно одну за другой в системе циркулярных ортезов — с распределением давления в 24 точках на всю поверхность цилиндрической жесткой гильзы, этапная коррекция с ремоделированием ортеза (тутора) один раз в 2-4 месяца. Соблюдение данных принципов позволило снизить показания к хирургическому лечению при типичных деформациях спастической руки.

УДК- 617.75

Разумовская А.М.[1], Федосеева Н.В.[2], Иванова И.В.[2], Разумовский М.И.[3]

СОСТОЯНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ И РЕАБИЛИТАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ

[1]ФГБУ ДПО Санкт-Петербургский Институт усовершенствования врачей-экспертов
[2]Бюро №17-филиал ФКУ «ГБ МСЭ по Ленобласти» Минтруда России.
[3]ФГБУ Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта

Razumovskaya AM.[1] , Fedoseeva N.V.[2], Ivanova I.V.[2], Razumovski M.I.[3]

THE CONDITION OF DISABILITY AND REHABILITATION OF POPULATION WITH OPHTALMOPATHOLOGY IN ST.PB.REGION

[1]FGBOU "St. Petersburg Institute of Postgraduate Medical experts" of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation.
[2]Bureaus №17- branch FKU “GB MSE on To lenoblasti” Mintruda of Russia.
[3]FGBU the St. Petersburg practical-scientific center of medico- social examination, prosthetics and rehabilitation of invalids im. G.A. Albrecht

Ключевые слова: инвалидность, реабилитация, заболевания органа зрения.

Keywords: disability, rehabilitation, Ophthalmic diseases

Целью нашего исследования было определить состояние инвалидности и реабилитации населения Ленинградской области вследствие заболеваний органа зрения, необходимое для разработки программ реабилитации на различных уровнях.

Материалы исследования. Формы государственной статистической отчетности (Ф.№7-собес) ГБ МСЭ по Ленинградской области. В выборку включены все обратившиеся в специализированное офтальмологическое бюро по Ленинградской области за период 2013 по 2015г-г. В настоящем исследовании приведен анализ данных медицинских документов больных, страдающих заболеваниями органа зрения, находящиеся в возрасте 18 лет и старше.

Результаты исследования и обсуждение. За период с 2013 по 2015 годы в офтальмологическом бюро прошел освидетельствование 2321 пациент, находившийся в возрасте 18 лет и старше.

При этом группа инвалидности была определена 1945 больным, обратившимся в офтальмологическое бюро.

Статистический анализ деятельности офтальмологического бюро показал, что интенсивный показатель инвалидности вследствие заболеваний органа зрения на 10 тысяч трудоспособного населения составил 1,35 в 2015 году, что ниже на 7,1% по сравнению с 2013 и 2014 годами.

Кроме того, следует отметить, что среди лиц пенсионного возраста интенсивный показатель инвалидности вследствие заболеваний глаз на 10 тысяч населения в 2015г. составил 2,9, что на 14,7% чем в 2013 году.

Не менее интересным представляется вопрос, связанный с формированием индивидуальных программ реабилитации (абилитации). Изучение этого вопроса показало, что за анализируемый период времени разработано 1998 индивидуальных программ реабилитации: в 2013 -711, в 2014 – 724 и в 2015 - 563. Обращает на себя внимание тот факт, что в 2015 на 22,2% меньше чем в 2014 году.

Показатель полной реабилитации в 2013 году составил – 4,5, а в 2015 году - 1,4, что на 68,8% ниже по сравнению с 2013 годом.

Выводы. Большинство больных страдающих заболеваниями органа зрения, находились в пенсионном возрасте. В 2015году наблюдается тенденция к уменьшению как числа освидетельствованных, так и снижение показателей полной реабилитации, что может свидетельствовать об утяжелении инвалидности при глазных заболеваниях в целом.

При этом в 100% случаев наблюдались выраженные необратимые изменения органа зрения, которые привели к клинически значимым нарушениям зрительных функций, что является наиболее важным критерием при определении степени нарушения жизнедеятельности и реабилитации населения Ленинградской области вследствие офтальмопатологии.

УДК 616.053.2

Самосват С.М., Андреева В.Б., Черкасова А.А.

ИНВАЛИДНОСТЬ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

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

Samosvat S.M., Andreeva V.B., Cherkasova A.A

THE DISABILITY OF THE CHILD POPULATION IN IRKUTSK REGION DUE TO DISEASES OF THE NERVOUS SYSTEM

Main bureau of medical-social expertise across the Irkutsk region, Irkutsk

Ключевые слова: инвалидность детского населения, болезни нервной системы, первичная инвалидность, структура инвалидности, динамика инвалидности.

Keywords: disability of the child population, diseases of the nervous system, primary disability, the structure of disability, dynamics of disability.

Аннотация. Изучены региональные особенности формирования первичной детской инвалидности вследствие болезней нервной системы в Иркутской области. Проанализированы её динамика за 2013–2015 гг., возрастная, гендерная и нозологическая структуры.

Abstract. Study regional features of formation of primary children's disability due to diseases of the nervous system in the Irkutsk region. We analyzed the dynamics of disability for 2013 - 2015. Evaluated its age, gender and nosological structure.

Введение. Особую актуальность приобретает изучение распространенности и структуры детской инвалидности вследствие болезней нервной системы (БНС) в Иркутской области, что позволит повысить эффективность мероприятий, направленных на её профилактику.

Материалы и методы. Проанализированы годовые отчеты по формам государственного статистического наблюдения 7-Д (собес) за 2013–2015 гг., электронная база данных об освидетельствованиях граждан до 18 лет в ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России за 2013–2015 гг., статистические сборники ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России «Основные показатели первичной инвалидности детского населения в Российской Федерации за 2013–2015 гг.».

Результаты. Уровень первичной детской инвалидности вследствие БНС в период 2013–2014 гг. вырос с 4,2 до 4,9, в 2015 г. – снизился до 4,2 на 10 тыс. детского населения. Данный показатель в Иркутской области в 2013–

2015 гг. был ниже, чем в Российской Федерации (РФ) (5,2; 5,3; 5,0) и в Сибирском Федеральном округе (СФО) (4,7;4,9; 4,4). Гендерная структура первичной инвалидности вследствие БНС характеризовалась преобладанием доли мальчиков: 58,6% (2013 г.), 55,8% (2014 г.) и 53,2% (2015 г.). Уровни первичной детской инвалидности у мальчиков в анализируемом периоде были выше, чем у девочек: в 2013 г. – 4,8 (у девочек – 3,5), 2014 г. – 5,3 (у девочек – 4,4), 2015 г. – 4,4 (у девочек – 4,0 на 10 тыс. детского населения). В РФ и СФО в гендерной структуре первичной детской инвалидности вследствие БНС также преобладали лица мужского пола. Возрастная структура первичной детской инвалидности вследствие БНС характеризовалась преобладанием удельного веса детей в возрасте от 0 до 3 лет: 68,0% в 2013 г., 70,2% в 2014 г. и 74,5% в 2015 г. Доля ВПИ в возрасте от 4 до 7 лет варьировалась от 12,2% (2013 г.) до 9,1% (2015 г.). Удельный вес ВПИ вследствие БНС в возрасте от 8 до 14 лет составлял в 2013 г. – 12,2%, 2014 г. – 10,9%, 2015 г. – 13,0%. Самой невысокой была доля ВПИ в возрасте от 15 и старше (от 1,8% в 2013 г. до 3,4% в 2015 г.). В 2013–2015 гг. в Иркутской области самые высокие уровни первичной детской инвалидности вследствие БНС отмечались в возрастной группе от 0 до 3 лет – 10,5 (2013 г.); 12,7 (2014 г.); 11,6 (2015 г.), что ниже, чем в РФ (13,5; 14,2; 13,2) и СФО (13,4; 13,6; 12,2 на 10 тыс. детского населения). В нозологической структуре первичной детской инвалидности вследствие БНС первое ранговое место занимали болезни из блока МКБ-10 G80-G83 (церебральный паралич и другие паралитические синдромы) с долей: в 2013 г. – 59,5%, 2014 г. – 48,7%, 2015 г. – 58,4%. Второе место – из блока МКБ-10 G40-G47 (эпизодические и пароксизмальные расстройства), их доля варьировалась от 22,5% в 2013 г. до 16,5% в 2015 г. Третье ранговое место – болезни из блока МКБ-10 G70-G73 (болезни нервно-мышечного синапса и мышц) с удельным весом от 2,7% в 2013 г. до 5,6% в 2015 г. Показатель реабилитации детей-инвалидов вследствие БНС в Иркутской области в 2013–2015 гг. был низким (3,5% в 2013 г., 2,6% в 2014 г., 6,3% в 2015 г.). Показатель стабильности детской инвалидности вследствие БНС в Иркутской области сохранялся высоким (2013 г. – 96,5%, 2014 г. – 97,4%; 2015 г. – 93,7%).

Заключение. Уровни первичной детской инвалидности вследствие БНС в Иркутской области в 2013–2015 гг. были ниже, чем аналогичные показатели в РФ и СФО за данный период. Гендерная структура первичной детской инвалидности вследствие БНС характеризовалась преобладанием удельного веса и уровня мальчиков. Возрастная структура первичной детской инвалидности вследствие БНС характеризовалась преобладанием удельного веса в возрастной группе от 0 до 3 лет. В нозологической структуре первичной детской инвалидности вследствие БНС первое ранговое место занимал церебральный паралич и другие паралитические синдромы (G80-G83). Высокие значения показателя стабильности и низкие показатели реабилитации у детей-инвалидов вследствие БНС свидетельствуют о

невысокой эффективности нейрореабилитационных мероприятий в отношении данного класса болезней.

УДК 616-61-13058

Л.Ч.Спиридонова, О.А. Тыкыл-оол, У.К. Сат, Ч.А. Ондар.

Особенности инвалидности и психолого-педагогической реабилитации детей вследствие аутизма в Республике Тыва за период 2013-2015гг.

ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Тыва» Минтруда России, г. Кызыл

Spiridonova L.Ch., Tykyl-ool O.A., Sat U.K., Ondar Ch.A.

Features of disability and psycho-pedagogical rehabilitation of children as a result of autism in the Republic of Tuva in the period 2013-2015.

Federal state institution Main Bureau of Medical and Social Expertise of the Republic of Tuva Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation, Kyzyl.

Ключевые слова: ребенок-инвалид, первичная и повторная инвалидность, реабилитация, детский аутизм.

Keywords: disabled child, primary and repeated disability, rehabilitation, children with autism.

Аннотация: В статье приведены и анализируются данные по первичной и повторной инвалидности детского населения Республики Тыва при аутизме, формы заболевания, по полу и возрасту. Проведенное исследование позволило выявить тенденции в структуре и динамике показателей инвалидности, оценить тяжесть детской инвалидности при данной патологии, данные психолого-педагогической реабилитации.

Abstract: The article describes and analyzes the data on primary and repeated disability of children Republic of Tuva people with autism, forms of the disease, by sex and age. The study revealed a trend in the structure and dynamics of disability, to assess the severity of the child's disability in this disease, these psychological and educational rehabilitation.

Введение. Проблема аутизма является одной из наиболее актуальных в области детской психиатрии. Это объясняется высокой частотой развития этих расстройств, трудностями своевременной диагностики, отсутствием детально разработанной системы специализированной помощи, что приводит

к ранней инвалидизации детей, страдающих разными видами аутизма и аутистически подобных расстройств.

По данным Минздрава Республики Тыва на 01.10.2016г численность детей с аутизмом по Республике Тыва составляет 46 детей (все дети в категории «ребенок-инвалид»), из них 34 детей из городской местности, 12 детей из сельской местности и имеет тенденцию к росту. Так по сравнению с 2007 г. количество таких детей составляло 8 детей.

Таблица 1. Структура основных лидирующих нозологических форм первичной детской инвалидности по Республике Тыва за 2013-2015г.

(абсолютные числа, уровень на 10 тысяч соответствующего населения, доля).

Нозологические формы	абс. число			ИППИ на 10т. дет. нас.			РФ	Удельный вес			Рост или убыль	
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2014	2013	2014	2015	абс.	%
Болезни нервной системы	96	117	76	8,5	10,7	6,7	5,3	31,1	33,1	30,0	-41	35,0
Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	99	94	74	8,8	8,6	6,5	5,5	32,0	26,6	29,1	-20	21,3
Болезни уха и сосцевидного отростка	22	36	20	1,9	3,3	1,7	1,0	7,1	10,2	7,9	-16	44,4
Психические расстройства и расстройства поведения	14	8	18	1,2	0,7	1,6	6,1	3,2	2,3	7,1	+10	125,0
Туберкулез	8	10	10	0,7	0,9	0,9	0,2	2,6	2,8	4,0	0	0,0
всего	309	353	254	28,2	32,2	22,3	26,6	100,0	100,0	100,0	-99	28,0

При анализе первичной инвалидности детского населения по нозологическим формам видно, что количество впервые признанных инвалидов в 2015 году сократилось по сравнению с 2014 годом на 28,0% (99чел.), а по сравнению с 2013 годом 17,8% (55 чел.). Наиболее заметное снижение произошло в таких нозологических формах как болезни нервной системы, болезни уха и сосцевидного отростка и врожденные аномалии развития. Далее из таблицы видно, что отмечено снижение первичной инвалидности вследствие болезней уха и сосцевидного отростка. Отмечается снижение первичной инвалидности и при последствиях травм, отравлений и последствий других внешних причин. Таким образом, уменьшение первичной инвалидности за период 2013-2015г достигнуто совместными усилиями службы медико-социальной экспертизы и органов здравоохранения.

Таблица 2. Структура первичной детской инвалидности вследствие психических расстройств по Республики Тыва за 2013-2015г (абс.число, уд.вес).

Нозологические формы	2013г		2014г		2015г	
	Абс. число	Уд.вес	Абс. число	Уд.вес	Абс. число	Уд.вес
Впервые признанные дети с психическими расстройствами	14	100,0	8	100,0	18	100,0
Из них умственная отсталость	10	71,4	4	50,0	8	44,4
Другие непсихотические расстройства	2	14,3	1	12,5	5	27,8
Из них дети с аутизмом	2	14,3	3	37,5	5	27,8
Из них атипичный аутизм	2	100,0	2	66,7	2	40,0
Ранний детский аутизм			1	33,3	2	40,0
Аутистическое расстройство на фоне орган.поражения ЦНС					1	20,0

За анализируемый период произошел рост доли первично признанных детей с психическими расстройствами в 2015г и из них большинство детей с различной степенью умственной отсталости, и доля их в динамике снижается за счет роста удельного веса детей с другими непсихотическими расстройствами и детей с аутизмом. При распределении форм аутизма дети с атипичным аутизмом всегда превалируют, а в 2015г доля таких детей и детей с ранним детским аутизмом одинакова.

В 2013г все первично признанные дети с аутизмом из города и в возрасте 5 лет (из них 50% мальчики, 50% девочки), в 2014г 66,7% детей из села и все мальчики в возрасте 4 лет-33,3, 7 лет-66,7. Также в 2015г из числа первично признанных детей с аутизмом все из городских местностей, из них 80% мальчики и 20% девочки. Все признанные дети в 2015г в возрасте от 4-7 лет.

Таблица 3. Структура повторной детской инвалидности вследствие аутизма по Республика Тыва за 2013-2015г (абс.число, уд.вес).

Нозологические формы	2013г		2014г		2015г	
	Абс.число	Уд.вес	Абс.число	Уд.вес	Абс.число	Уд.вес
Повторно признанные дети с психическими расстройствами	114		159		151	
Из них дети с аутизмом	17	14,9	25	15,7	28	18,5
Из них атипичный аутизм	3	17,6	7	28,0	10	35,7
Ранний детский аутизм	13	76,5	16	64,0	14	50,0
Аутистическое расстройство			1	4,0	1	3,6
Детский процессуальный аутизм	1	5,9	1	4,0	3	10,7

В 2013г из повторно признанных детей с аутизмом 82,4 из города, 17,6 из села и из них 82,4% мальчики, 17,6% девочки. в 2014г 92% детей из города, из них 80% мальчики, 20% девочки. Также в 2015г из числа повторно признанных детей с аутизмом 78,6 из городских местностей, из них 82,2% мальчики и 17,8% девочки.

Контингент детей представлен в основном детьми в возрасте от 8-14 лет (в 2013г-70,6, в 2014г-64,0, в 2015г-60,7), на 2 месте дети в возрасте от 4-7 лет (в 2013г-23,5, в 2014г-24,0, в 2015г-60,7). Дети в возрасте старше 15 лет в 2013г-5,9, в 2014г-12,0, в 2015г-7,2.

Таблица 4. Структура ограничений жизнедеятельности впервые признанных инвалидами детей с аутизмом в Республика Тыва за 2013-2015годы (абс.число, уд.вес).

ОЖД и их категории	2013г		2014г		2015г	
	Абс.число	Уд.вес	Абс.число	Уд.вес	Абс.число	Уд.вес
Всего ВПИ детей	2	100,0	3	100,0	5	100,0
ОЖД 1 степени			1	33,3	4	80,0
из них нарушения речи (алалия)					1	25,0
ОЖД 2 степени	2	100,0	2	66,7	1	20,0
из них нарушения речи (алалия)			2	100,0		

В 2013г первично признанные инвалидами дети с аутизмом имели выраженные нарушения психических функций, приводящие к ограничению жизнедеятельности к ориентации и к контролю за своим поведением. В 2014г также дети с выраженными нарушениями преобладают и все дети имели, кроме нарушений психических функций, выраженные нарушения языковых и речевых функций, соответственно приводящие к ограничению жизнедеятельности кроме выше перечисленных и к самообслуживанию, к общению и к обучению. В 2015г только 1 ребенок с умеренными нарушениями психических функций имеет и нарушение речи.

Таблица 5. Структура ограничений жизнедеятельности повторно признанных инвалидами детей с аутизмом в Республике Тыва за 2013-2015годы (абс.число, уд.вес).

ОЖД и их категории	2013г		2014г		2015г	
	Абс.число	Уд.вес	Абс.число	Уд.вес	Абс.число	Уд.вес
Всего ППИ детей	17	100,0	25	100,0	28	100,0
ОЖД 1 степени	4	23,5	4	16,0	5	17,9
из них нарушение речи (алалия)	3	75,0	3	75,0	3	60,0
ОЖД 2 степени	13	76,5	19	76,0	23	82,1
из них нарушение речи (алалия)	5	38,5	9	47,4	10	43,5
ОЖД 3 степени			2	8,0		
из них нарушение речи (алалия)			2			

За анализируемый период удельный вес повторно признанных детей инвалидами с аутизмом имеющих ограничение жизнедеятельности 2 степени высок и имеет тенденцию к росту. Из них кроме выраженных нарушений психических функций имели нарушения языковых и речевых функций в 2013г-38,5 (5), в 2014г-47,4 (9) и в 2015г-43,5 (10), а из детей имеющих ОЖД 1 степени большинство имели нарушения речи. Из числа повторно признанных в 2014г дети с аутизмом, имеющие ОЖД 3 степени кроме нарушения речи имели нарушения функции тазовых органов.

Таблица 6. Нуждаемость в психолого-педагогической реабилитации впервые признанных инвалидами детей с аутизмом за 2013-2015 годы по Республике Тыва (абс.число, уд.вес).

Виды образовательных учреждений	2013г		2014г		2015г	
	Абс.число	Уд.вес	Абс.число	Уд вес	Абс.число	Уд.вес
ВПИ дети с аутизмом	2	100,0	3	100,0	5	100,0
Общеобразовательные ДДУ					1	20,0
Дошкольные учреждения компенсирующего вида	1	50,0	1	33,3	2	40,0
Общеобразовательные организации			1	33,3		
Коррекционная образовательная организация для детей с задержкой психического развития					1	20,0
Коррекционная образовательная организация для детей с нарушением интеллекта						
Неорганизован. дети	1	50,0	1	33,3	1	20,0

По данным таблицы 6 при определении первично признанных детей с аутизмом в возрасте 4-5 лет в детские образовательные учреждения предпочтение отдается детским дошкольным учреждениям компенсирующего вида для детей с нарушением интеллекта. Доля неорганизованных детей за 2013-2015г в динамике имеет тенденцию к снижению.

Таблица 7. Нуждаемость в психолого-педагогической реабилитации повторно признанных инвалидами детей с аутизмом за 2013-2015 годы по Республике Тыва (абс.число, уд.вес).

Виды образовательных учреждений	2013 г		2014 г		2015 г	
	Абс.число	Уд.вес	Абс.число	Уд вес	Абс.число	Уд.вес
ППИ дети с аутизмом	17	100,0	25	100,0	28	100,0
Дошкольные учреждения компенсирующего вида	1	5,9	2	8,0	3	10,7
Общеобразовательные организации (на дому)	2	11,8	1	4,0	4	14,3
Коррекционная образовательная организация для детей с задержкой психического развития	3	17,6	7	28,0	4	14,3
Коррекционная образовательная организация для детей с нарушением интеллекта	8	47,1	12	48,0	11	39,3
Неорганизован. дети	3	17,6	3	12,0	6	21,4

За анализируемый период выросла доля детей обучающихся на дому по программе общеобразовательной организации с 4,0 в 2014г до 14,3 в 2015г. Большинство повторно признанных детей-инвалидов с аутизмом нуждаются в психолого-педагогической реабилитации в коррекционных образовательных организациях для детей с нарушением интеллекта (в 2013г-47,1, в 2014г-48,0, в 2015г-39,3). В обучении в коррекционных образовательных организациях для детей с задержкой психического развития вида нуждаются в 2013г-17,6, в 2014г-28,0, в 2015г-14,3 и удельный вес их постепенно снижается.

В 2013-2014г из числа 3 неорганизованных детей-инвалидов 2 детей в возрасте 7 лет и обучение их в образовательных учреждениях отсрочено на следующий год в связи с не готовностью к обучению, 1 ребенок в возрасте 14 лет не обучается нигде. В 2015г количество таких детей возросло до 21,4 за счет детей в возрасте 7-8 лет, которым также обучение предложено в следующем учебном году в связи с имеющимися нарушениями психических, языковых и речевых функций.

Официальная статистика учета детей с аутизмом показывает наименьшее количество этих детей, а детей с подобными симптомами, не обследованных, по мнению врачей-психиатров гораздо больше.

Когда нет четкого статистического учета детей с аутизмом, то невозможно планировать работу по созданию единой системы реабилитации и правильно оценить социальную значимость проблемы.

В настоящее время в Республике Тыва отсутствуют достоверные статистические данные о частоте встречаемости детского аутизма, и причина их в следующем:

- данное заболевание может протекать под маской других заболеваний (тугоухость, органическое поражение ЦНС и др.);
- не всегда родители сразу идут на прием к врачу-психиатру;
- часто отказываются от стационарного обследования ребенка в условиях психбольницы;
- законные представители часто считают пренебрежительным факт учета ребенка у психиатра.

Заключение:

1. В 2015г произошел рост показателя первичной детской инвалидности вследствие психических расстройств на 125,0%.
2. Отмечается тенденция к росту доли первичной инвалидности у детей с аутизмом в структуре психических расстройств.
3. Из числа первично признанных детей с аутизмом превалируют дети из города, по полу мальчики и по возрасту дети от 4-7 лет;
4. Из повторно признанных инвалидами детей большинство дети в возрасте от 8-14 лет, из городских местностей, по полу преобладают мальчики;
5. По степени нарушения психических функций лидируют дети с выраженными нарушениями, приводящие к ОЖД 2степени;
6. В психолого-педагогической реабилитации детей-инвалидов с аутизмом предпочтение отдается коррекционным образовательным организациям для детей с нарушением интеллекта;
7. Растет число детей-инвалидов, обучающихся на дому и неорганизованных детей;

УДК 616.895.8

Сенько Е.В., Черкасова А.А.

ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ШИЗОФРЕНИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2013–2015 гг.

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

Senko E.V., Cherkasova A.A.

DISABILITY DUE TO SCHIZOPHRENIA AMONG THE ADULT POPULATION OF THE IRKUTSK REGION. 2013–2015

FSI "Glavnoe byuro medical-social expertise across the Irkutsk region" of the Ministry of labor, Irkutsk

Ключевые слова: инвалидность, первичная, повторная, уровень, структура, шизофрения

Keywords: disability, primary and repeated disability, adult population, level, structure, schizophrenia

Аннотация. Представлен анализ первичной и повторной инвалидности среди взрослого населения вследствие шизофрении в Иркутской области в 2013–2015 гг.

Abstract. The article presents an analysis of primary and repeated disability of adult population due to schizophrenia in the Irkutsk region in 2013–2015 years.

Шизофрения – эндогенное прогредиентное психическое заболевание, характеризующееся нарушением единства психических процессов, длительным течением, сопровождающимся относительно более специфичными негативными изменениями личности (снижение активности, эмоциональное оскудение, аутизм) и относительно менее специфичными продуктивными симптомами (бред, галлюцинации, аффективные расстройства, сенестопатические расстройства, кататония). Начинается преимущественно в молодом возрасте. По данным ВОЗ, шизофренией страдают 1–1,5% населения. Свыше 50% больных находятся в социально-активном возрасте (до 19 лет – 32%; 20–29 лет – 34%; 30–39 лет – 18%; 40–49 лет – 8,5%), что обусловливает особую значимость их реабилитации.

Шизофрения входит в первую десятку ведущих причин инвалидности в мире. Контингент инвалидов вследствие шизофрении один из самых тяжелых – инвалидность наступает в молодом трудоспособном возрасте, преобладают инвалиды I–II групп, инвалидность характеризуется стабильностью и стойкостью с момента ее первичного установления. Социальной реинтеграции инвалидов вследствие шизофрении препятствуют: отсутствие квотирования рабочих мест на рынке общего труда, дефицит учебных и производственных баз для инвалидов, невысокий уровень толерантности к психически больным; социально-экономические проблемы в стране.

Цель исследования: изучить структуру первичной и повторной инвалидности вследствие шизофрении среди взрослого населения (18 лет и старше) в городских и сельских поселениях Иркутской области за 2015 год; сравнить показатели за период 2013–2015 гг.

Материалы и методы исследования: проведен анализ зарегистрированных случаев впервые и повторно признанных инвалидами вследствие шизофрении согласно данным отчетов по формам государственного статистического наблюдения 7-собес, электронной базы ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России за 2013, 2014, 2015 годы.

Основные результаты: Психические расстройства в Иркутской области в 2013–2015 г.г. в структуре первичной инвалидности взрослого

населения (18 лет и старше) по классам МКБ-10 стабильно занимают 5-е ранговое место. Удельный вес в 2015г. составил 6,4%, что выше аналогичных показателей 2013 и 2014 гг. – 5,5% (табл. 1).

Таблица 1. Удельный вес (доля) инвалидов вследствие психических расстройств от числа всех впервые признанных инвалидами среди взрослого населения, Иркутская область, 2013–2015 гг. (абс., %)

Годы / Показатели	2013		2014		2015	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ВПИ вследствие психических расстройств	871	5,5	852	5,5	825	6,4
Всего ВПИ по Иркутской области	15680	100,0	15557	100,0	12832	100,0

В динамике за три последних года в Иркутской области произошло снижение абсолютного числа впервые признанных инвалидами вследствие психических расстройств с 871 человека в 2013 г. до 825 человек в 2015 г. (2014 г. – 852 человека).

В контингенте впервые признанных инвалидами вследствие психических расстройств среди взрослого населения Иркутской области в 2015 году шизофрения составляет 20,6% (170 человек). За три последних года произошло снижение доли шизофрении с 23,7% в 2013 г. до 22,5% в 2014 г. и 20,6% в 2015г.

Таблица 2. Доля шизофрении в контингенте ВПИ вследствие психических расстройств среди взрослого населения, Иркутская область, 2013–2015 гг. (абс., %)

Годы / Показатели	2013		2014		2015	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Шизофрения	206	23,7	192	22,5	170	20,6
Прочие психические расстройства	665	76,3	660	77,5	655	79,4
Психические расстройства, всего	871	100,0	852	100,0	825	100,0

Из 170 человек, впервые признанных инвалидами в 2015 г., в городских поселениях абсолютное число составило 142 чел. (83,5%) при ИППИ 0,95 на 10 тыс. взрослого населения, сельских – 28 человек (16,5%) при ИППИ 0,75 на 10 тыс. населения. Близкое соотношение ВПИ вследствие шизофрении в городских и сельских поселениях наблюдалось в 2014 и 2013 г.

Интенсивный показатель первичной инвалидности (ИППИ) вследствие шизофрении по области в 2015 году незначительно снизился и составил 0,9 на 10 тыс. взрослого населения, что незначительно ниже показателя за 2014 г. (1,0) и за 2013 г. (1,1). ИППИ взрослого населения вследствие шизофрении в течение анализируемого периода стабильно превышает средние показатели по Российской Федерации и Сибирскому федеральному округу.

В возрастной структуре среди ВПИ вследствие шизофрении (табл. 3) в течение трех лет стабильно и значительно преобладает трудоспособный

возраст (2015 г. – 92,9%; 2014 г. – 92,7%; 2013 г. – 92,2%). В свою очередь, среди ВПИ трудоспособного возраста значительно преобладают лица молодого трудоспособного возраста. В 2015 году впервые признано инвалидами в молодом трудоспособном возрасте 136 человек (2014 – 149 человек; 2013 – 152 человека), что составило 80,0% при ИППИ 1,4 на 10 тыс. населения. Доля лиц пенсионного возраста за анализируемый период колебалась от 7,1% в 2015 г. до 7,8% в 2013 г. (2014 г. – 7,3%).

В городских поселениях в 2015 году преобладает доля молодого трудоспособного возраста (79,6% при ИППИ 1,4); аналогичная ситуация в сельских поселениях (82,2% при ИППИ 1,3 на 10 тыс. трудоспособного населения).

Таблица 3 Распределение впервые признанных инвалидами вследствие шизофрении среди взрослого населения в городских и сельских поселениях по возрастным группам, Иркутская область, 2013–2015 гг.

(абс., %, на 10 тыс. взрослого населения)

Поселения, показатели / возраст	городские поселения			сельские поселения			всего		
	абс.	%	ИППИ	абс.	%	ИППИ	абс.	%	ИППИ
2013									
Молодой трудоспособный	123	72,8	1,52	29	78,4	1,59	152	73,8	1,53
Средний трудоспособный	34	20,1	1,10	4	10,8	0,44	38	18,4	0,95
Всего трудоспособный	157	92,9	1,40	33	89,2	1,21	190	92,2	1,36
Пенсионный	12	7,1	0,30	4	10,8	0,43	16	7,8	0,32
Всего	169	82,0	1,10	37	18,0	1,01	206	100,0	1,1
2014									
Молодой трудоспособный	124	79,5	1,55	25	69,4	1,38	149	77,6	1,52
Средний трудоспособный	20	12,8	0,67	9	25,0	1,01	29	15,1	0,75
Всего трудоспособный	144	92,3	1,31	34	94,4	1,26	178	92,7	1,3
Пенсионный	12	7,7	0,29	2	5,6	0,21	14	7,3	0,28
Всего	156	81,2	1,03	36	18,8	0,98	192	100,0	1,0
2015									
Молодой трудоспособный	113	79,6	1,43	23	82,2	1,26	136	80,0	1,4
Средний трудоспособный	19	13,4	0,66	3	10,7	0,34	22	12,9	0,6
Всего трудоспособный	132	93,0	1,23	26	92,9	0,96	158	92,9	1,2

Пенсионный	10	7,0	0,24	2	7,1	0,19	12	7,1	0,2
Всего	142	83,5	0,95	28	16,5	0,75	170	100,0	0,9

При анализе структуры первичной инвалидности по полу в 2015 году в целом отмечается преобладание мужчин над женщинами (соответственно 59,4% и 40,6%). Подобная пропорция наблюдается в городских поселениях, тогда как в сельских доля женщин выше (57,1% против 42,9% у мужчин).

В 2014 г. преобладание мужчин среди ВПИ вследствие шизофрении было более явным (64,6% против 35,4% женщин); а в сельских поселениях – доли мужчин и женщин были равны (по 50,0%).

В 2013 г. преобладание мужчин среди ВПИ вследствие шизофрении было незначительным как в целом, так и в городских поселениях – равное (соответственно 50,5% и 50,9%); в сельских поселениях отмечалось небольшое преобладание женщин (51,4%).

В течение анализируемого трехлетнего периода в структуре ВПИ вследствие шизофрении среди лиц старше 18 лет наибольший удельный вес имела II группа инвалидности (2013 – 88,8%; 2014 – 82,8%; 2015 – 80,0%). Доля I группы инвалидности снизилась от 4,2% в 2014 г. до 4,1% в 2015 г. (2013 г. – 4,4%). Удельный вес (доля) III группы инвалидности колебался от 6,8% в 2013 г. до 15,9% в 2015 г. (2014 – 13,0%).

В структуре ВПИ при шизофрении в 2015 году в молодом трудоспособном возрасте доля II группы инвалидности составляет 79,4%; I группы – 3,7%; III группы – 16,9%. В среднем трудоспособном возрасте II группа инвалидности преобладает, и ее доля выше, чем в молодом – 81,8%; также, как и доля I группы – 4,5%; доля III группы ниже (соответственно 13,7% и 16,9%).

В пенсионном возрасте доля II группы инвалидности составляет 83,4%, доля I группы, по сравнению с трудоспособным возрастом, увеличивается до 8,3%; доля III группы инвалидности, напротив, снижается и составляет 8,3%.

Таблица 4 Распределение ВПИ вследствие шизофрении по группам инвалидности в зависимости от возраста среди взрослого населения, Иркутская область, 2015 г.(абс., %, на 10 тыс. взрослого населения)

возраст	всего			трудоспособный						пенсионный		
	абс.	%	ИППИ	молодой			средний			абс.	%	ИППИ
группа				абс.	%	ИППИ	абс.	%	ИППИ			
I	7	4,1	0,04	5	3,7	0,05	1	4,5	0,03	1	8,3	0,02
II	136	80,0	0,7	108	79,4	1,11	18	81,8	0,48	10	83,4	0,19
III	27	15,9	0,1	23	16,9	0,24	3	13,7	0,08	1	8,3	0,02
всего	170	100,0	0,9	136	80,0	1,4	22	12,9	0,6	12	7,1	0,2

В структуре первичной инвалидности преобладают:

- городское население;
- мужчины;

– молодой трудоспособный возраст;
– II группа инвалидности;
– параноидная форма шизофрении.

В структуре повторно признанных инвалидами вследствие шизофрении отмечается преобладание:
– молодого трудоспособного возраста;
– II группы инвалидности;
– в пенсионном возрасте значительное увеличение доли I группы инвалидности, снижение доли II и III группы.

В структуре повторно признанных инвалидами вследствие шизофрении в 2013–2015 гг.:
– полная реабилитация – 0,2% в 2014 г. (2013 и 2015 – 0%);
– частичная и суммарная реабилитация в 2015 г. низкая – 1,4% и 1,2% соответственно – с положительной динамикой относительно предыдущих лет (2014 – 0,8% и 0,9%; 2013 – 0,5% и 0,4%);
– суммарный показатель стабильности практически в равных значениях: 2015 – 93,2%; 2014 – 93,9%; 2013 – 92,7%;
– суммарный показатель утяжеления – с незначительной положительной динамикой относительно 2013 г. (6,9%%; 2014 – 5,2%; 2015 – 5,6%).

УДК 616-61-13058

Л.Ч. Спиридонова, О.А. Тыкыл-оол, А.К. Соян

Динамика первичной инвалидности взрослого населения вследствие травм, отравлений и других последствий внешних причин в республике Тыва за 2007-2015 годы.

ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Тыва» Минтруда России

Spiridonova L.Ch., Tykyl-ool O.A., Soyan A.K.

Dynamics of primary disability of the adult population as a result of injuries, poisonings and other consequences of external causes Tyva Republic for 2007-2015.

Federal state institution Main Bureau of Medical and Social Expertise of the Republic of Tuva Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation, Kyzyl.

Ключевые слова: Численность населения республики, уровень первичной инвалидности взрослого населения, распределение первичной

инвалидности взрослого населения вследствие травм головы по группам инвалидности, по возрастам.

Keywords: The population of the republic, level of primary disability of adult population, distribution of primary disability of the adult population as a result of head injuries in groups of disability, by age.

Аннотация: Сделан анализ первичной инвалидности вследствие травм, отравлений и других последствий внешних причин, в том числе травм головы за 9 лет с 2007 года до 2015 года. За эти годы в республике здравоохранение претерпело значительные изменения, в том числе в соответствии с национальным проектом «Здоровье», открылся травматологический центр на базе Республиканской больницы №1, было выпущено несколько научных работ на тему травматизма в республике. В удаленных районах Тувы улучшилось оказание профильной, в том числе нейрохирургической помощи, больным с тяжелыми, сочетанными травмами, что не могло не отразиться на показателях инвалидности вследствие травм, отравлений и воздействия других внешних причин. В начале девяностых годов прошлого столетия, инвалидность вследствие травм в республике занимала входила в тройку первых ранговых мест как первичной и повторной инвалидности.

Abstract: The analysis of primary disability due to injuries, poisoning and other consequences of external causes, including head injuries in 9 years from 2007 to 2015. Over the years, health care in the country has undergone significant changes, including in accordance with the national project "Health", opened a trauma center at the Republican Hospital №1, was released several research papers on the topic of injuries in the country. In remote areas of Tuva provide improved profile, including neurosurgical care, patients with severe concomitant injury, which could not but affect the rates of disability due to injuries, poisoning and other effects of external causes. In the early nineties of the last century, as a result of injuries disability in the country ranked among the three first ranked places like primary and repeated disability.

Введение: Наряду с болезнями системы кровообращения и злокачественными новообразованиями, инвалидность вследствие травм, отравлений и других воздействий внешних причин является одной из основных инвалидизирующих патологий в ряде регионов Российской Федерации, в том числе в Республике Тыва. Именно для инвалидов вследствие травм требуется наибольшее количество разнообразных технических средств реабилитации, таких как протезы, средства для опоры и передвижения, корсеты и др. Наряду с этим наибольший процент компенсированных функций, и, в связи с этим достаточно полная интеграция гражданина в социум (восстановление способности к трудовой деятельности, способности к передвижению, самообслуживанию) можно ожидать от

граждан признанных инвалидами вследствие травм, в отличие от больных имеющих прогрессирующие заболевания.

Материал и методы: Использована статистическая отчетность учреждения по форме N 7-собес «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше», утвержденная Приказом Росстата «Об утверждении статистического инструментария для организации министерством труда и социальной защиты Российской Федерации федерального статистического наблюдения за деятельностью федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы»

Коротко о регионе: Численность населения республики по данным Госкомстата России составляет 313777 чел. (2015). Городское население — 169,2 тыс. чел. (2015), сельское население – 144,5 тыс. чел. Показатель естественного прироста населения по республике в целом последние 3 года стабильный, составил 15,2‰ в 2015 году. Республика Тыва разделена на 2 городских округа (столица республики город Кызыл и город Ак-Довурак), 3 городских поселения и 17 муниципальных районов («кожуунов»). Средняя удаленность сельских населенных пунктов от г. Кызыла (км) составляет 249,1, в том числе самый удаленный район (Тере-Хольский) 700км, самое близкое расстояние (Пий-Хемский район) 74 км. По густоте автомобильных дорог с твердым покрытием в Сибирском федеральном округе Тува занимает 10 место из 12 регионов. Численность населения, ее состав оказывают немаловажную роль на структуру первичной инвалидности, далее в таблице 1 приведена динамика численности населения республики за последние 10 лет.

Таблица 1.Численность населения Республики Тыва 2005-2015 года (количество тыс. чел.)

Годы	Все население	в том числе:		Городское население	в том числе:		Сельское население	в том числе:	
		муж	жен		муж	жен		муж	жен
2006	302,9	148,7	163,1	156,1	78,4	89,8	146,8	70,3	73,3
2007	302,4	149,9	163,8	155,6	79,0	90,2	146,8	70,9	73,6
2008	303,8	143,6	160,2	157,4	73,6	83,7	146,4	69,9	76,5
2009	305,3	144,4	160,9	158,4	74,1	84,3	146,9	70,3	76,5
2010	307,3	145,5	161,8	161,1	75,4	85,7	146,2	70,1	76,1
2011	308,1	146,2	162,0	163,7	76,6	87,1	144,4	69,6	74,8
2012	309,3	147,1	162,2	165,8	77,5	88,3	143,6	69,7	73,9
2013	310,5	147,8	162,7	167,4	78,1	89,3	143,1	69,8	73,3
2014	311,8	148,7	163,1	168,2	78,4	89,8	143,6	70,3	73,3
2015	313,8	149,9	163,8	169,2	79,0	90,2	144,5	70,9	73,6

Как видно из таблицы 1 уровень сельского населения меньше чем городского, на два городских округа в республике. Это связано с внутренней миграцией населения в городские поселения. Миграционный отток населения связан с неравномерностью развития экономики в различных уголках республики. По данным территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Тыва, на сегодняшний день увеличению численности населения республики способствовал естественный прирост населения, превышающий миграционный отток (убыль). В целом по республике наиболее высока территориальная мобильность молодых трудоспособных граждан. В других возрастах подвижность низкая, тем не менее, всплески активности отмечались и в более поздних возрастах. Все это определяется жизненными обстоятельствами участников миграции. Внутриреспубликанская миграция по своей интенсивности в два раза превышает внешнюю миграцию.

Таблица 2. Уровень первичной инвалидности взрослого населения вследствие травм, отравлений и других внешних причин в республике Тыва за 2007-2015 годы в сравнении с показателями РФ и СФО. (показатель на 10 тыс. взрослого населения)

	Последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин			Из них: последствия травм головы			Последствия травм опорно-двигательного аппарата			Последствия термических и химических ожогов, и отморожений		
	РТ	СФО	РФ	РТ	СФО	РФ	РТ	СФО	РФ	РТ	СФО	РФ
2007	11,8	6,4	4,9	3,6	1,6	1,4	5,4	4,2	3,1	1,3	0,6	0,3
2008	13,7	6,1	4,6		1,4	1,3	8,8	4,0	2,9	1,2	0,6	0,3
2009	9,9	5,9	4,4	2,5	1,3	1,2	5,5	3,9	2,8	1,0	0,6	0,3
2010	9,4	5,8	4,5	1,9	1,2	1,2	3,8	3,5	2,8	1,5	1,0	0,4
2011	8,4	5,2	4,2	2,0	1,0	1,2	3,8	3,2	2,6	0,8	0,8	0,4
2012	9,7	4,9	3,9	1,6	1,0	1,1	5,2	3,2	2,5	1,1	0,6	0,3
2013	8,2	4,5	3,5	1,6	0,8	0,9	4,8	2,9	2,3	0,5	0,6	0,3
2014	6,7	4,1	3,1	1,6	0,8	0,9	4,5	2,8	2,0	0,6	0,4	0,2
2015	6,1	2,9	2,4	1,6	0,7	0,8	3,7	1,9	1,4	0,7	0,3	0,2

Из таблицы 2 видно, что распространенность первичной инвалидности вследствие травм в республике Тыва превышает показатели по Сибирскому федеральному округу и Российской Федерации. С 2008 года прослеживается динамика снижения первичной инвалидности с 13,7 на 10 тыс. населения в 2008 году до 6,1 в 2015 году (в 2,2 раза). В РФ и СФО также отмечается снижение первичной инвалидности вследствие травм. Как известно, на риск получения травм оказывают влияние различные факторы как эндогенные – наследственность, пол, возраст, болезни других органов и систем так и экзогенные – эмоциональный стресс, вредные привычки, метео и гелиофакторы. Продолжающееся увеличение числа транспортных средств, скоростей передвижения, механизации производства, употребление алкоголя

влияют на структуру и распространенность травматизма так и инвализизации населения. В республике Тыва по различным данным преобладает бытовой травматизм (49-78%) всех травм, умышленная (криминальная) травма по различным данным составляет от 26 до 40% всех травм. На долю дорожно-транспортных травм приходится до 30% от всех случаев травматизма.

Среди первичной инвалидности взрослого населения вследствие травм головы по нозологическим формам преобладают последствия ушибов головного мозга средней и тяжелой степени с незамещенными послеоперационными обширными дефектами костей свода черепа. Лишь небольшой процент граждан во время проведения медико-социальной экспертизы выражал желание заместить дефект, остальные высказывали сомнения в целесообразности замещения дефекта, так как боялись учащения эпиприпадков, возникновения головных болей, головокружения и другой общемозговой симптоматики. Среди первичной инвалидности по травмам опорно-двигательной системы превалируют травмы позвоночника и последствия переломов с нарушением функций конечностей. Среди ожогов и отморожений преобладают холодовые травмы полученные в зимнее время года гражданами ведущими асоциальный образ жизни.

Снижение уровня первичной инвалидности вследствие травм за представленный отрезок времени мы объясняем модернизацией здравоохранения в республике, улучшением оказания первой медицинской помощи при травмах, также в отдаленных районах республики, укомплектованностью специалистами районных больниц, в том числе хирургами. По данным Министерства здравоохранения республики Тыва обеспеченность врачами в 2015 году составила 45,2 на 10 тыс. населения, в том числе хирургами 6,9 на 10 тыс. населения. В 2007 году обеспеченность врачами 39,2 на 10 тыс. населения, в 2008 году 40,8, в 2009 году 41,1, в 2010 году 46,0, в 2014 году – 44,5. В Российской Федерации обеспеченность врачами составила 45,9 на 10 тыс. населения. Таким образом, показатель обеспеченности врачами в республике приближен к среднероссийским данным, острой нехватки специалистов в настоящее время как таковой нет. Необходимо отметить, что значительно улучшилась и ранняя реабилитация при травмах. На базе травматологического центра функционирует реабилитационное отделение, где оказывается многопрофильная помощь при последствиях травм: ЛФК, физиолечение, бальнеолечение, психологическая помощь и др. По ОМС заключено соглашение с Сибирским научно-клиническим центром ФМБА России в г. Красноярске для реабилитации больных после черепно-спинальных травм.

Таблица 3. Распределение первичной инвалидности взрослого населения вследствие травм, отравлений и других внешних причин в республике Тыва по возрасту за 2007-2015 годы в сравнении с показателями РФ и СФО. (удельный вес)

	от 18 лет до 44 лет включительно	от 45 до 54 лет (ж), от 45 до 59 лет (м)	старше 55 лет (ж) и 60 лет (м)

				включительно					
	РТ	СФО	РФ	РТ	СФО	РФ	РТ	СФО	РФ
2007	62,0	41,5	43,2	24,0	32,7	32,9	14,0	25,8	23,9
2008	64,0	41,2	41,8	19,2	33,7	33,5	16,8	25,1	24,6
2009	63,0	42,6	42,4	19,2	32,3	33,2	17,8	25,1	24,4
2010	62,0	42,2	42,2	19,0	34,1	34,4	19,0	23,7	23,5
2011	63,1	41,3	43,2	16,2	34,2	33,5	20,7	24,5	23,3
2012	54,6	43,4	44,3	24,5	32,5	32,1	20,9	24,1	23,6
2013	59,4	43,3	44,0	21,8	31,0	32,1	18,8	25,7	24,0
2014	55,6	43,5	45,8	23,0	30,6	30,3	21,5	25,9	23,9
2015	57,0	45,0	48,8	24,8	29,7	29,5	18,2	25,2	21,7

По данным Министерства здравоохранения республики, наибольшее число травм зарегистрировано в возрастных группах от 30-39 лет (33,3+-3,2%) и 20-29 лет (26,9+-3,0%), значительно ниже в группах 40-49 лет и 15-19 лет (10,6+-2,1%); низкие показатели отмечены и в других возрастных группах. Близкие показатели выявлены и у женщин: доля травм, в том числе тяжелых, велика в возрасте 30-39 лет (29,4+-5,5%), несколько ниже в возрасте 20-29 лет (22,1+-5,0%), но в отличие от мужчин, далее следует возрастная группа 50-59 лет (10,3+-3,7%). Данная тенденция имеет отражение при первичной инвалидности вследствие травм, где наибольшая доля признанных инвалидов в возрасте от 18 лет до 44 лет включительно. В Российской Федерации и Сибирском Федеральном округе так же отмечено преобладание первой возрастной группы. При установлении первичной инвалидности вследствие травм превалировали нарушения статодинамической функции различной степени выраженности у 91,2%, нарушения психической функции 7,1%, нарушения сенсорной функции 1,7%.

Таблица 4. Уровень первичной инвалидности взрослого населения вследствие травм, отравлений и других внешних причин в республике Тыва по группам инвалидности за 2007-2015 годы в сравнении с показателями РФ и СФО. (на 10 тыс. соответствующего населения)

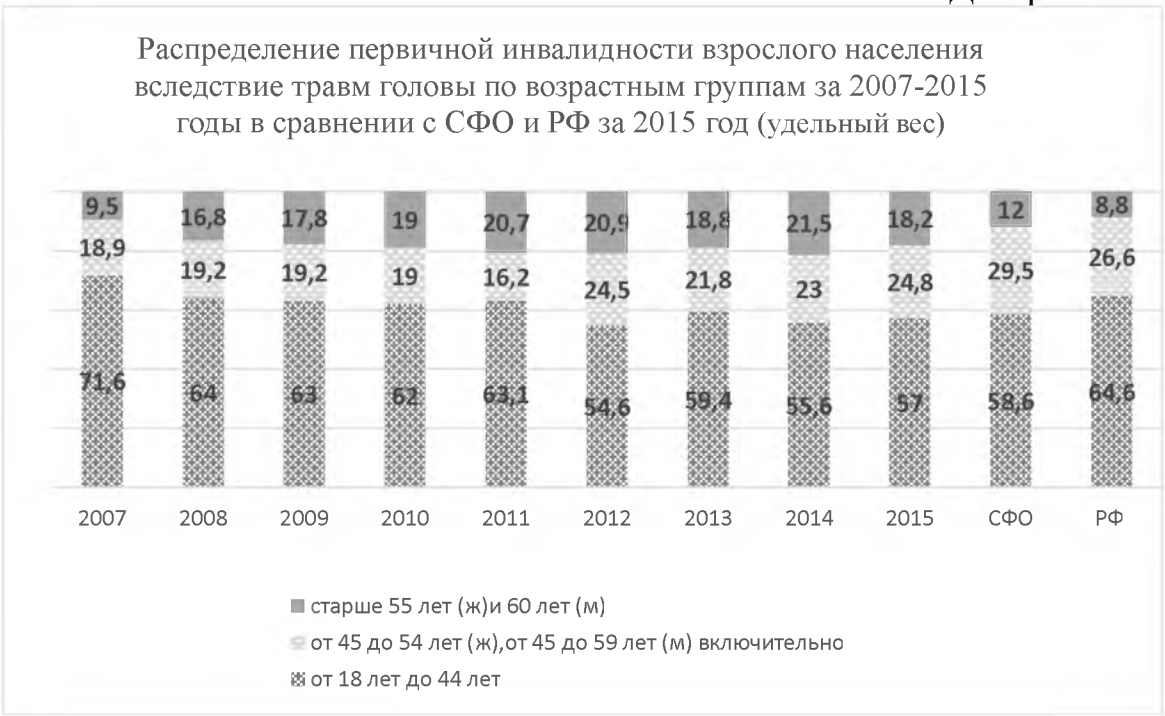
	1 группа			2 группа			3 группа		
	РТ	СФО	РФ	РТ	СФО	РФ	РТ	СФО	РФ
2007	1,2	0,7	0,5	4,0	2,7	2,1	6,6	3,0	2,2
2008	1,7	0,7	0,5	4,3	2,5	2,0	7,7	2,9	2,1
2009	1,2	0,8	0,5	3,2	2,3	1,8	5,5	2,9	2,1
2010	1,6	1,0	0,7	3,2	1,9	1,7	4,6	2,9	2,2
2011	1,7	0,8	0,6	2,9	1,7	1,5	3,8	2,7	2,1
2012	1,3	0,8	0,6	3,8	1,6	1,4	4,6	2,6	1,9
2013	1,5	0,8	0,5	2,8	1,5	1,3	3,9	2,2	1,7
2014	1,5	0,7	0,5	2,3	1,3	1,1	2,9	2,1	1,6
2015	0,9	0,5	0,3	2,0	0,8	0,8	3,2	1,6	1,3

Уровень первичной инвалидности в республике по группам инвалидности имеет тенденцию к снижению, хотя продолжает превышать показатели Российской Федерации и Сибирского Федерального округа. В 2007 году инвалидность первой группы превышала данные СФО и РФ в 1,7 и

2,4 раза соответственно; инвалидность второй группы в 1,5 и 1,9 раз и инвалидность третьей группы в 2,2 и 3 раза. В динамике к 2015 году отмечена убыль распространенности инвалидности вследствие травм, но в сравнении с данными СФО и РФ превышение продолжает оставаться существенным: 1 группа больше показателей СФО и РФ в 1,8 и 3 раза, 2 группа в 2,5 раза, третья группа в 2 и 2,5 раза соответственно. Как уже сказано выше, это связано с высоким травматизмом в республике. IV ранговое место первичной взрослой инвалидности, а до 2005 года данная нозология была на втором ранговом месте. По данным медицинского информационно-аналитического центра Министерства здравоохранения республики частота травм, отравлений и некоторых других последствиях воздействий внешних причин в указанные годы колебалась от 10339,2 в 2009 году до 11947,1 в 2007 году; в 2015 году данный показатель 10860,6 на 100 тыс. соответствующего населения. По последним данным, в РФ уровень травм, отравлений и последствия иных внешних воздействий составил 9358,8 на 100 тыс. населения.

По данным В.Н. Шиирипей, Е.Н. Кондаков[3] в республике Тыва у пациентов с ЧМТ значительно преобладали бытовые травмы, составившие 96,4±0,5%, среди них с транспортом связаны 11,6±0,8%, а не связанные с транспортом распределились следующим образом: дома травмы получены у 38,9±1,2%, на улице 45,9±1,2%. Исследование показало, что наиболее травмоопасной была вторая половина суток: с 12 до 24 часов происходит 71,3% всех ЧМТ. Пик травматизма приходится на 20 часов (10,5%), наименьший удельный вес травм зафиксирован в 6,7 и 9 часов. По дням недели наиболее травмоопасной оказалась суббота (14,1% всех травм), воскресенье (16,1%) и вторник (15,6%); в остальные дни доля ЧМТ колебалась от 11,1 до 14,9%.

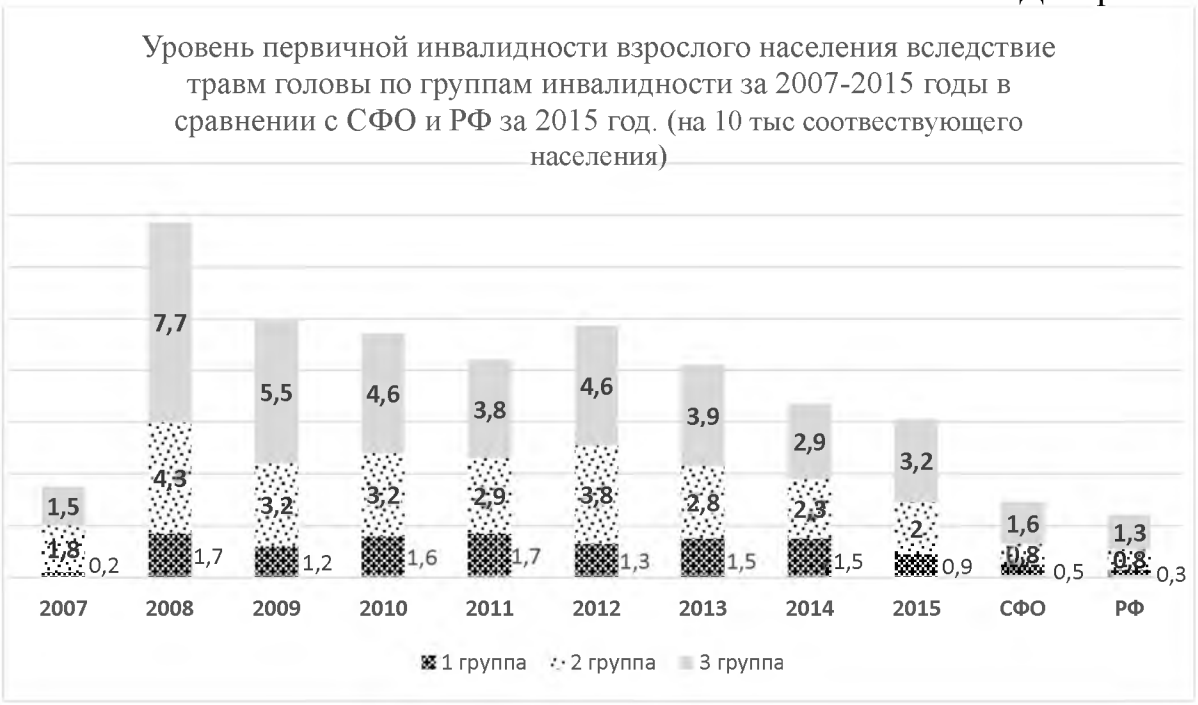
Диаграмма 1.



Как видно из диаграммы 1 наибольший удельный вес у инвалидов первой возрастной группы вследствие ЧМТ. Как было сказано выше как у мужчин так и у женщин наиболее травмоопасным считается возраст от 20 до 39 лет. В социальной структуре получивших травмы доминировали безработные (33,1%), затем (по убыванию) рабочие промышленных предприятий (18,0%), учащиеся (14,4%), служащие (12,4%), работники сельского хозяйства (7,3%), пенсионеры (7,0%), прочие (7,8%). Инвалидность вследствие травм головы устанавливалась с различными осложнениями и исходами травм головы такими как психоорганический синдром различной степени выраженности, симптоматическая эпилепсия с частыми генерализованными судорожными припадками, незамещенные послеоперационные обширные дефекты костей свода черепа, гемипарезами как по отдельности так и в различных сочетаниях.

Уровень первичной инвалидности вследствие травм, отравлений по группам инвалидности (диаграмма 2) нестабильный за представленные годы. Распространенность инвалидности всех групп превышает показатели СФО и РФ. Инвалидность первой группы установлена с последствиями тяжелых ЧИТ с грубой очаговой симптоматикой, апаллическим синдромом, когнитивными нарушениями.

Диаграмма 2.



Заключение. На основании вышеизложенного видно, что распространенность травматизма и соответственно первичной инвалидности вследствие травм, отравлений и последствий иных внешних причин в республике выше чем в среднем по Российской Федерации и Сибирскому Федеральному округу. Соответственно и выше уровень первичной инвалидности по группам. Наибольший удельный вес первичной

инвалидности в первой возрастной группе от 18 до 44 лет включительно. За представленные годы в динамике отмечается снижение уровня первичной инвалидности вследствие травм с 11,8 (2007) до 6,1 на 10 тыс. взрослого населения (2015).

Список литературы:

1. Сборник. «Статистические показатели состояния здравоохранения Республики Тыва, здоровья населения и деятельности учреждений» за 2007-2015 годы.
2. Богданович У.Я. Травматизм-социальное и экономическое значение // Ортопедия, травматология. – 1981.
3. В.Н. Шиирипей, Е.Н. Кондаков. Организация медицинской помощи при черепно-мозговой травме в республике Тыва. // Томск 2004.
4. Формы статистической отчетности 7-собес ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Тыва» Минтруда России за 2007-2015 годы.
5. Статический сборник. Основные показатели первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации за 2007-2015 годы. // ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России. Москва 2016г.

Алфавитный указатель авторов

Абазбекова К.Т	281	Гальянов А.А.	190
Абдулрахим М.	338	Геращенко Л.И.	25
Амир Ханнан	35	Гордиевская Е.О.	184, 276, 278, 235
Андреас Каристинос	136	Горяйнов И.В.	90
Андреева В.Б.	342	Гречкина Е.А.	74
Антонис Ромпос	136	Гриценко Е.Н.	81
Антонова Г.В.	294	Давыдов А.Т.	313, 327
Антонова И.Г.	84	Деденева И.В.	316
Архипова О.А.	51	Декуман Саския,	97
Базуева И.В.	306	Демидович Т.Г.	329
Барковская О.С.	285	Драч Д.А.	74
Басалай И.А.	116	Дросу Артемис	136
Безмельницына Л.Ю.	77	Еркинова Е.В.	204
Белянин О.Л.	184, 278	Ерофеев М.А.	278
Берсенева Е.А.	77	Иванова И.В.	340
Бесстрашнова Я.К.	77, 128	Иштерякова О.А.	254
Большаков В.А.	278	Ишутина И.С.	190
Брецель Валентина	259	Казакевич Д.С	69
Бургер Хелена,	259	Каличава А.Ш.	272
Буров Г.Н.	278	Карасаева Л.А.	272
Вайа Арсенопулу	136	Карицкая Ю.О.	81
Венос Мавреас	136	Касьянова С.И.	301
Видмар Гай	259	Качыбекова Л.И.	281
Владимирова О.Н.	90, 128	Кобизькая Л.Г.	264
Власова-Розанская Е.В.	116	Козлова С.В.	240
Волобоева Т.В.	301	Копыток А.В.	248, 267, 334
Вяхякуопус Е.М.	218	Коробов М.В.	316
Косенкова Т.В.	290	Птюшкин Павел	259

Костас Фрэнсис	136	Радуто В.И.	25
Кривенков С.Г..	94	Разуванов А.И.	122, 261, 264,
Кудряшов А.Л.	74	Разумовская А.М.	145, 340
Кузьмина И.Е.	235	Разумовский М.И.	145, 340
Кулешова Т.И.	306	Реутова Е.А.	31, 285
Кураева Л.Н.	294	Рочева Я.С.	25
Курак Ж.В.	321	Рычкова Н.М.	306
Кускова С.П.	110, 116	Савченко М.Е.	313
Лагун В.Е.	161	Сайед Гулям Сарвар Шах	35
Ленивкова С.А.	90	Салтышев Михаил	256
Ломоносова О.В.	128, 173	Самосват С.М.	342
Лужникова Е.А.	329	Самсоненко О.О.	173
Лущинская С.И.	248, 334	Сат У.К.	344
Львова Н.Л.	116, 177	Сатиш Мишра	57
Малькова С.В.	316	Сафронова Е.В.	84
Мешков Д.О.	77	Сенько Е.В.	350
Миненкова М.Е.	209	Сергеева Н.В.	209
Нагаева С.В.	84	Сергеева О.В.	290
Ондар Ч.А.	344	Смагина Т.Н.	301
Орешков А.Б.	338	Смычек В.Б.	64, 106, 122, 163, 177,
Осипов Ю.В.	130, 264	Снитко Н.Л.	168
Пападопулу Марианна	136	Соклакова В.И.	209
Пашкова С.Е.	46	София Кукувину	136
Перкова В.Е.	156	Соян А.К.	355
Петрунько И.Л.	209	Спиридонова Л.Ч.	344, 355
Попова Н.В.	173	Старобина Е.М.	212, 235
Потапенко М.В.	74	Стахейко Н.В.	156
Сяткина Е.Л.	301	Чапко И.Я.	69, 156
Торнес Хильде	61	Черкасов С.Н.	77

Трекин С.В. 74
Триантафиллу Статис 136
Тумурова С.П. 209
Тыкыл-оол О.А. 344, 355
Усенкова И.В. 306
Федосеева Н.В. 340
Фидарова З.Д 94
Филиппович А.Н. 156
Филиппу Джордж 136
Фиттон Ричард 35, 193
Франсуа Перл 97
Фраттура Лусилла 224
Хорькова О.В. 316
Черкасова А.А. 342, 350
Чернякина Т.С. 25
Чубарова З.В. 329
Чумакова Т.В. 122
Шамшева Е.В. 168
Шестаков В.П. 25
Шнигир А.А. 264
Шошмин А.В. 77, 128
Дэвис Э. 193
Юревич Л.В. 81
Юсуф Хемед 298
Ярков А.А. 168

Index of authors

Abazbekova K.T.	281	Galianov A.A.	190
Abdulrahim M.	338	Gerashchenko L.I.	25
Amir Hannan	41	Gordievskaya E.O.	184, 276, 278, 235
Andreas Karystinos	136	Goryaynov I.V.	90
Andreeva V.B.	342	Grechkina E.A.	74
Antonis Rompos	136	Gritsenko E.N.	81
Antonova G.V.	294	Davydov A.T.	313, 327
Antonova I.G.	84	Dedeneva I.V.	316
Arkhipova O.A.	51	Decuman Saskia	97
Barkovskay O.S.	285	Drach D.A.	74
Basalai I.A.	116	Drosou Artemis	136
Bazueva I.V.	306	Demidovich T.G.	329
Belyanin O.L.	184, 278	Erofeev M.A.	278
Berseneva E.A.	77	Ivanova I.V.	340
Besstrashnova Y.K.	77, 128	Ishteryakova O.	254
Bezmelnitsyna L.Y.	77	Erkinova E.V.	204
Bolishakov V.A.	278	Ishutina I.S.	190
Brecelj Valentina	259	Kazakevich D.S.	69
Burger Helena	259	Kalichava A. Sh.	272
Burov G.N.,	278	Karasaeva L. A.	272
Costas Francis	136	Raduto V. I.	25
Fedoseeva N.V.	340	V. P. Shestakov	25
Filippovich.	156	Shoshmin A.V.	77, 128
François Perl	97	Yusuf Hemed	298
Frattura Lucilla	224	Yarkov A.A.	168
George Filippou	136	Edna Davies	193
Khorkova O.V.	316		
Kosenkova T.V.	290	Ptyushkin Pavel	259

Krivenkov S.G.	94	Razuvanov A.I.	122, 261, 264,
Kudryashov A.L.	74	Razumovskaya A.M.	145, 340
Kuleshova T.I.	306	Reutova E.A.	31, 285
Kuraeva L.N.	294	Rocheva Y.S.	25
Kurak Zh.V.	321	Rychkova N.M.	306
Kuskova S.P.	110, 116	Savchenko M.E.	313
Kuz'mina I. E.	235	Razumovskiy M.I.	145, 340
Lagun V.E.	161	Syed Ghulam Sarwar Shah	41
Lenivkova S.A.	90	Saltychev Mikhail	256
Lomonosova O.V.	128, 173	Samosvat S.M.,	342
Lushchinskaya S.I.	248, 334	Sat U.K.	344
Luzhnikova E.A.	329	Samsonenko O.O.	173
Lvova N.L.	116, 177	Satish Mishra	57
Malkova S.V.	316	Safronova E.V.	84
Meshkov D.O.	77	Senko E.V.	350
Minenkova M.E.	209	Sergeeva N.V.	209
Nagaeva S.V.	84	Sergeeva O.V.	290
Ondar Ch.A.	344	Smagina T.N.	301
Oreshkov A.B.	338	Smychek V.B.	64, 106, 122, 163, 177,
Osipov Y.V.	130, 264	Snitko N.L.	168
Papadopoulou Marianna	136	Soklakova V.I.	209
Pashkova S.E.	46	Sofia Koukouvinou	136
Perkova V.E.	156	Soyan A.K	355
Petrun'ko I.L.	209	Spiridonova L.Ch.	344, 355
Popova N.V.	173	Starobina E.M.	212, 235
Potapenko M.V.	74	N.V.Staheyko	156
Richard Fitton	41, 193	Yurevich L.V.	81
Syatkina E.L.	301	I.J.Chapko	69, 156
Tørnes Hilde	61	Cherkasov S.N.	77

Trekin S.V.	74	Cherkasova A.A.	342, 350
Triantafyllou Stathis	136	Chernyakina T. S.	25
Tumurova S.P.	209	Chubarova Z.V.	329
Tykyl-ool O.A.,.	344, 355	Chumakova T.V.	122
Usenkova I.V.,	306	Shamsheva E.V.,	168
Vahakuopus J.	218	Korobov M.V.	316
Vaia Arsenopoulou	136	Karitskaya J.O.	81
Venos Mavreas	136	Kasyanova S.I.	301
Vidmar Gaj	259	Kachybekova L.I.	281
Vladimirova O.N.	90, 128	Kobizskaya L.G.	264
Vlasova – Rozanskaya E.V.	116	Kozlowa S.W.	240
Voloboeva T.V.	301	Kapytok H.V.	248, 267, 334
Z.D.Fidarova	94	Shnigir A.A.	264