СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Международной научно-практической конференции «Стратегия развития комплексной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья» в рамках проведения Парадельфийских игр и 100-летия социальной службы и медико-социальной экспертизы Удмуртской Республики
12-13 ноября 2018 года

г. Ижевск, 2018

Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации
Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Удмуртской Республике»
Министерство социальной политики и труда Удмуртской Республики
Федеральное государственное бюджетное образовательной учреждение высшего образования «Удмуртский государственный университет» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательной учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
международной
научно-практической конференции
«Стратегия развития комплексной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья»
в рамках проведения Парадельфийских игр и 100-летия социальной службы Удмуртской Республики
12-13 ноября 2018 года

г. Ижевск, 2018

УДК 369.216
ББК 60.993.я 431
С 232

С 232 Сборник материалов международной научно-практической конференции «Стратегия развития комплексной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья» в рамках проведения Парадельфийских игр и 100-летия социальной службы и медико-социальной экспертизы Удмуртской Республики 12-13 ноября 2018 года / Под общ.ред О.В.Солодянкиной – Ижевск: ООО «АСТЕР +», 2018. - 200 с.

Редакционная коллегия:
Мухаметгалеева Е.Д., кандидат медицинских наук, руководитель - главный эксперт по медико-социальной экспертизе Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Удмуртской Республике» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации
Чуракова Т.Ю., министр социальной политики и труда Удмуртской Республики
Лубнина О.В., первый заместитель министра социальной политики и труда Удмуртской Республики
Солодянкина О.В., кандидат педагогических наук, доцент, заведующий кафедрой социальной работы, Удмуртский государственный университет
Фатыхов И.Р., кандидат медицинских наук , ассистент кафедры медицинской реабилитологии и спортивной медицины ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России

Материалы международной научно-практической конференции «Стратегия развития комплексной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья» обобщают опыт работы различных структур комплексной реабилитации – органов власти и управления РФ и субъектов, Главного Бюро медико-социальной экспертизы, организаций социального обслуживания, медицинских организаций Российской Федерации в области комплексной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья, в том числе инвалидов разного возраста.

Адресуется руководителям и специалистам, оказывающим социальные и медицинские услуги в области комплексной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья, в том числе инвалидов.

Содержание публикации является предметом ответственности авторов и не всегда отражает точку зрения редакционной группы.

УДК 369.216
ББК 60.993.я 431

Издательство ООО «АСТЕР +», 2018

СОДЕРЖАНИЕ

СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ	13
Аухадеев Э.И., Бодрова Р.А., Иксанов Х.В., Гумарова Л.Ш., Садыков И.Ф. Международная классификация функционирования-методологическая основа реабилитации	13
Гурьянова Е.А. Организация информационного межведомственного взаимодействия при оказании медико-социальной помощи инвалидам в Чувашской Республике	18
Дымочка М.А., Морозова Е.В. Социальная и профессиональная интеграция молодых людей с ограниченными возможностями здоровья в Российской Федерации: проблемы, тенденции, перспективы	21
Змановская В.А., Кашуба Е.В. Мультидисциплинарный подход к реабилитации пациентов с церебральным параличом на примере областного реабилитационного центра	29
Муравцева Т.М., Маркова М.В. Современные подходы к проведению медико-социальной экспертизы при орфанных заболеваниях	33
Мухаметгалеева Е.Д., Кудрявцев Н.А. Опыт применения специального оборудования ФКУ «ГБ МСЭ ПО УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ» Минтруда России	36
Мухаметгалеева Е.Д., Муравцева Т.М., Калугина Т.И. О внесении дополнений в федеральный перечень ТСР: брайлевский дисплей и программное обеспечение, как техническое средство реабилитации инвалидов с одновременными нарушениями зрения и слуха	40
Мухаметгалеева Е.Д., Муравцева Т.М. Опыт межведомственного взаимодействия ФКУ «ГБ МСЭ ПО УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ» Минтруда России с органами исполнительной власти Удмуртской Республики для оценки эффективности индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида)	42
Низамов Р.Х., Абдразакова Р.А., Сытова Н.Б., Пузанова О.В., Лашуков А.В. Внедрение в деятельность ФКУ «ГБ МСЭ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН (ТАТАРСТАН)» Минтруда России электронной системы управления очередью	45
Помников В.Г., Пенина Г.О., Травникова Н.Г. Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов – традиции подготовки специалистов МСЭ и современность	49
Рачковская Н.А.Технологии социальной реабилитации лиц с инвалидностью: применение зарубежного опыта в российских условиях	52
Солодянкина О.В. Современные подходы к социальному сопровождению семей, воспитывающих детей – инвалидов	59
Тютрюмова Е.А. Личностная установка педагогов высшего учебного заведения к обучению лиц с ограниченными возможностями здоровья	63
ПРАКТИКА СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	67
Аргасцева Л.В., Нестерова Е.Н. Анимационная терапия как средство реабилитации и социализации детей, имеющих отклонения в развитии	67
Волкова В.В. Применение техник танцевально-двигательной терапии в реабилитационной работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья	70
Воскобойник О.М. Развитие познавательных способностей детей с ограниченными возможностями посредством использования технологии «Саундбим»	71

Дмитриева Ж.В. Танце-двигательная терапия в практике студии танца «БРОДВЕЙ-ИНКЛЮЗИВ»	74
Долгих И.Е. Социальная практика наставничества для детей-инвалидов в Белгородской области – проект «Мост доверия»	76
Катаева В.Н. Социально-бытовая ориентация детей с ограниченными возможностями в сюжетно-ролевой игре	78
Князева В.А. Развитие мелкой моторики у детей с ограниченными возможностями на занятиях в творческой мастерской «Мягкая игрушка»	80
Кузнецова Л.С. Работа волонтеров с детьми и подростками с ограниченными возможностями в условиях реабилитационного центра «Адели»	82
Ломаева И.С. Применение метода биологической обратной связи в преодолении речевых нарушений у детей с ограниченными возможностями	86
Любимов А.А., Любимова М.П. Роль и место ориентировки в пространстве в социальной адаптации лиц с глубоким нарушением зрения	88
Морозова Е.В., Жукова Е.В. Современные технологии социальной реабилитации и абилитации инвалидов (стол механотерапии)	90
Третьякова Н.В. Использование новых информационных технологий в реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями	95
Трошкова А.О. Использование логопедического массажа для детей с синдромом Дауна	97
Туманова И.В. Развитие социально-бытовых навыков у детей с ограниченными возможностями в условиях реабилитационного центра	100
Турчанинова Ю.В. Социокультурная реабилитация инвалидов через театротерапию	101
Фомина Н.В. Релаксационные упражнения как способ нормализации эмоционального состояния детей и подростков с ОВЗ	104
Шафейкина Е.В.,Гурьева Е.В.Комплексный подход в реабилитации детей-инвалидов с патологией нервной системы и двигательными нарушениями	106
СОЦИАЛЬНО - МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗДОРОВЬЯ	110
Данилов Ю.П. Роль системы Brain Port в нейрореабилитации пациентов	110
Григорьева С.А, Чеснокова Л.В. Использование велотренажеров «АНГЕЛ - СОЛО» в реабилитации детей с детским церебральным параличом	111
Лучникова Т.А. Психологическое сопровождение лечебно – оздоровительного проекта «Школа движения» (региональная программа)	114
Лущикова Н.Г. Организация медико-социальной реабилитации центра Klimmendaal	117
Мелека Т.А., Кутявина С.И., Михайлова С.П. Современные методы реабилитации детей с двигательными нарушениями в условиях республиканского реабилитационного центра «Адели»	120
Паутов Э.С., Паутова О.В., Селякин С.П., Селякина О.Б. Опыт межрегионального сотрудничества в развитии адаптивной физической культуры	123
Петрова Г.М. Лечебная верховая езда в системе реабилитации пациентов с ограниченными возможностями	128
ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ	132
Акбашева Д.Ф., Васильева А.Ю. Работа службы ранней помощи Центра детского развития Благотворительного образовательного фонда Мархамат	132
Антонова З.С., Солодянкина О.В. Оказание услуг ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и семьям на базе «МКОУ № 256 для	134

детей с нарушением зрения» г.Ижевска	
Генералова А.О Естественно-средовой подход в ранней помощи	137
Неустроева В.В., Юркова Н.В.Основные подходы к созданию муниципальной модели оказания ранней помощи детям на территории Чайковского муниципального района	142
Солодянкина О.В. К вопросу о сущности ранней помощи детям и их семьям	146
Чигвинцева В.О. Семейно-центрированный подход в работе службы ранней помощи как ключевой аспект оптимального развития ребенка	150
Шульженко Н.В. Диагностика навыков самообслуживания и развития познавательной деятельности детей раннего возраста с ОВЗ	152
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ	155
Бодрова Р.А., Закамырдина А.Д., Гумарова Л.Ш., Мифтахова Л.Я. Психологическая коррекция при последствиях травмы спинного мозга	155
Бронников В.А., Данилова М.А., Залазаева Е.А. Опыт применения международной классификации функционирования в рамках ограничений жизнедеятельности у детей с церебральным параличом, имеющих зубочелюстные аномалии	157
Гросс Н.А., Шарова Т.Л. Изменение статокинетической устойчивости детей с двигательными нарушениями при выполнении физических упражнений	159
Гумарова Л.Ш. Коррекция трофологического статуса у лиц, перенесших мозговой инсульт	161
Гумарова Л.Ш., Бодрова Р.А., Аухадеев Э.И., Хусаинова Э.Р.,Абашева Л.Ф. Применение международной классификации функционирования у пациентов, перенесших инсульт	163
Елисеева Е.В., Фатыхов И.Р., Завалина М.А., Лиховских С.И. Влияние кинезиотейпирования на функциональное состояние икроножной мышцы	166
Запарий С.П., Самусенко А.Г. Первичная инвалидность вследствие болезней нервной системы взрослого населения города Москвы	168
Иванова И.Л., Иванова К.Л., Хабибуллин Д.Ф. Танцевальная терапия у детей с ДЦП	176
Коврижных Ю.А., Запарий С.П., Шахсуварян С.Б. Основные тенденции повторной инвалидности вследствие злокачественных новообразований в Москве и Российской Федерации в динамике за 2012-2017 гг.	177
Муравьев С.В., Черкасова В.Г., Ковалев М.А., Чайников П.Н., Антропов Е.С. Влияние трансвертебральной микрополяризации спинного мозга на систему вегетативной регуляции по данным вариационной кардиоинтервалографии у детей и подростков с заболеваниями позвоночника	182
Нефедьева Д.Л., Аухадеев Э.И. Эмоциональный статус матери при рождении недоношенного ребенка	185
Фатыхов И.Р. Кинезиологические методы реабилитации миофасциальных рестрикций при дорсопатии	188
Фатыхов И.Р., Брындин В.В., Авдеев В.И. Эффективность специальных силовых упражнений на тренажерах у детей со сколиозом	191
Федосеева А.В., Тимофеева Е.М., Авдеев В.И., Фадеев А.В., Фатыхов И.Р., Брындин *В.В.* Показатели тренированности у студентов, отнесенных к специальной медицинской группе при занятиях скандинавской ходьбой	194
Шишкина А.А., Фатыхов И.Р., Брындин В.В., Казымова Ш.А.К., Бурдукова Д.Д., Пименова К.В. Влияние ранней реабилитации и мультидисциплинарного подхода в лечении пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения	197

МИНИСТЕРСТВО ТРУДА
И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Поздравление М.А. Топилина
работников системы социальной защиты населения
Удмуртской Республики и участников
конференции «Стратегия развития комплексной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья» по случаю 100-летнего юбилея системы социальной защиты населения

Дорогие коллеги!

От имени Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и от себя лично поздравляю вас с праздником.

В 2018 году в нашей стране отмечается 100-летний юбилей создания системы социальной защиты населения.

За прошедший период система социальной защиты населения прошла сложный путь развития и стала неотъемлемой частью социальной политики России, направленной на повышение качества жизни граждан.

Сегодня в организациях социального обслуживания России работает более полумиллиона человек – социальных работников, специалистов по социальной работе, педагогических и медицинских работников, руководителей организаций социального обслуживания.

Активная жизненная позиция, духовная сила, мудрость и трудолюбие неизменно помогают вам находить решения самых сложных жизненных ситуаций.

Убежден, что опираясь на опыт и вековые традиции ваших предшественников, ваша работа и впредь будет служить на благо развития социальной сферы России.

Учитывая, что Президентом Российской Федерации поставлена стратегическая задача по повышению продолжительности жизни граждан, нам предстоит создать систему долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами.

Следует отметить, что уже сейчас на федеральном уровне утвержден Комплекс мер по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, включающей сбалансированные социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы и сиделок, а также по поддержке семейного ухода.

Кроме того, актуальным остается дальнейшее совершенствование качества предоставления гражданам социального обслуживания, обеспечение доступности и расширение спектра предоставляемых социальных услуг, внедрение новых подходов к пониманию нужд и потребностей получателей социальных услуг, к осуществлению деятельности организаций социального обслуживания и проведению кадровой политики.

Я благодарен вам за преданность своему делу и добро, которое вы дарите людям.

В этот праздничный день желаю вам удовлетворения от своего труда, крепкого здоровья, многолетней активной деятельности, интересных идей и дальнейших успехов!

Поздравление М.А. Топилина работников службы медико-социальной экспертизы Удмуртской Республики и участников конференции «Стратегия развития комплексной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья» по случаю 100-летнего юбилея системы службы медико-социальной экспертизы

Дорогие коллеги!

В 2018 году в нашей стране отмечается 100-летний юбилей создания системы службы медико-социальной экспертизы.

Пройденный медико-социальной экспертизой путь развития, начиная с врачебно-трудовой экспертизы, создания и становления медико-социальной экспертизы на всей территории России, неразрывно связан с историей самого государства, с изменением отношения общества к инвалидам, с изменением их положения в обществе.

Введение Федерального закона от 24.11.1995 года №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ», действующего и по наши дни, определило государственную политику в области социальной защиты инвалидов в России, целью которой является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией РФ, а также в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами РФ.

В этом году начал функционировать федеральный реестр инвалидов, который стал единой информационной системой, где мы теперь видим и можем контролировать предоставление всех услуг для инвалидов. Это выход на другой уровень оказания услуг для инвалидов. Огромная работа была проведена учреждениями медико-социальной экспертизы по переводу в электронный вид архивных данных по гражданам, признанным инвалидами и вводу этих данных в созданный информационный ресурс.

По результатам совместной работы представителей общественных организаций, родительского сообщества и Общероссийского народного фронта Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации подготовлен План мероприятий («дорожная карта») по совершенствованию системы медико-социальной экспертизы на период до 2020 года. Разработан ряд нормативных правовых актов и методических документов, которые значительно уменьшают субъективные оценки экспертов учреждений медико-социальной экспертизы при рассмотрении вопросов, связанных с установлением инвалидности. Целью этих мероприятий является повышение качества государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы, повышение прозрачности выносимых решений по установлению инвалидности. Повышаются требования к самой процедуре освидетельствования. Это требует постоянного совершенствования сотрудников, огромной самоотдачи.

Ежедневно в учреждения медико-социальной экспертизы обращаются тысячи людей. Именно ваши решения позволяют решать важнейшие общесоциальные и личностные проблемы. Убежден, что, опираясь на опыт и вековые традиции ваших предшественников, вы и впредь будет служить на благо нашего общества.

От всей души хочу поблагодарить каждого из вас за вклад в развитие службы. Желаю вам долгих и активных лет жизни! Пусть каждый новый день приносит радость, а вокруг всегда будут дорогие и близкие люди!

Министр труда и социальной защиты
Российской Федерации М.А.Топилин

Дорогие коллеги!

Государственная служба медико-социальной экспертизы в Удмуртской Республике прошла долгий путь реорганизаций от врачебных экспертных комиссий до медико-социальной экспертизы. Изменялись названия службы, требования к работе, появлялись новые функции, но неизменной оставалась главная задача — проведение комплексной экспертно-реабилитационной диагностики для определения реабилитационного потенциала граждан с ограниченными возможностями и определение их потребностей в мерах социальной защиты.

Главное бюро медико-социальной экспертизы Удмуртской Республики сегодня - это хорошо организованный высокопрофессиональный коллектив, который успешно справляется с поставленными на федеральном уровне задачами.

В год 100-летия службы медико-социальной экспертизы выражаю каждому сотруднику коллектива учреждения слова благодарности за ваш благородный и гуманный труд, именно от экспертов медико-социальной экспертизы требуется высокий уровень ответственности и высоких нравственных качеств: милосердие, чуткость, способность разделить чужую боль и страдание.

Позвольте пожелать вам и вашим близким здоровья, удачи и благополучия! Энергии и сил для реализации всех намеченных планов и профессиональных достижений в работе!

Руководитель - главный федеральный эксперт
по медико-социальной экспертизе М.А. Дымочка

Приветствую участников и гостей Международной научно-практической конференции «Стратегия развития комплексной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья»!

Сегодня здесь собрались врачи, ученые, специалисты смежных отраслей, чтобы обсудить актуальные вопросы реабилитации, презентовать наиболее эффективные практики, разработать и согласовать принципиально новые решения. Все это необходимо, чтобы сделать шаг в наше общее будущее!

Конференция проходит в год 100-летия со дня создания системы социальной защиты населения Удмуртской Республики и системы медико-социальной экспертизы в Российской Федерации — важнейших систем в социальной политике государства. Впереди нас ждет значимая и глобальная работа по реализации государственной программы «Доступная среда», которая уже дала первые результаты: инфраструктура становится более доступной для маломобильных групп населения, возможности оказания государственных услуг для населения растут. Я надеюсь, конференция станет дополнительным стимулом к объединению усилий по выработке приоритетных направлений научных и прикладных исследований в области реабилитации и абилитации.

Хочу поблагодарить коллективы Министерства социальной политики и труда Удмуртской Республики и Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Удмуртской Республике», а также Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации за неоценимый вклад в развитие направления.

Желаю всем интересного общения, новых творческих идей и ярких впечатлений от пребывания в столице Удмуртской Республики!

Глава Удмуртской Республики А.В. Бречалов

Уважаемые участники и гости столицы Удмуртской Республики!

Приветствую вас на открытии Международной научно-практической конференции «Стратегия развития комплексной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья».

Конференция проходит в год 100-летия со дня создания системы социальной защиты населения Удмуртской Республики и государственной системы медико-социальной экспертизы. Это значимое событие для нашего региона.

Много внимания сегодня уделяется вопросам, связанным с развитием качественной инфраструктуры для инвалидов и пожилых людей, для того, чтобы эта инфраструктура приближалась и соответствовала международным стандартам.

Важно развивать международные контакты и внедрять положительный опыт оказания реабилитационных услуг зарубежных коллег. Уверена, что это поможет нам в совершенствовании профессиональной компетентности реабилитологов, разработке универсальной модели, осуществляющей комплексную реабилитацию инвалидов, а также повысит эффективность сотрудничества.

Желаю всем участникам конференции интересного общения, творческих успехов, плодотворной работы!

Министр социальной политики и
труда Удмуртской Республики Т.Ю. Чуракова

СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ - МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА РЕАБИЛИТАЦИИ

Аухадеев Э. И., *доктор медицинских наук, профессор кафедры реабилитологии и спортивной медицины «Казанской государственной медицинской академии» - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Казань*
Бодрова Р. А., *доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой реабилитологии и спортивной медицины «Казанской государственной медицинской академии» - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, главный внештатный специалист по медицинской реабилитации Министерства здравоохранения Республики Татарстан, г.Казань*
Иксанов Х. В., *доктор медицинских наук, профессор кафедры реабилитологии и спортивной медицины «Казанской государственной медицинской академии» - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Казань*
Гумарова Л. Ш., *ассистент кафедры реабилитологии и спортивной медицины «Казанской государственной медицинской академии» - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, врач-физиотерапевт неврологического отделения для больных с ОНМК ГАУЗ «Городская клиническая больница №7», г. Казань.*
Садыков И. Ф. *заведующий отделением реабилитации медицинского центра г. Иннополис, г. Казань*

Научно-методологические изыскания в практике медицинской помощи и социальной реабилитации больных и инвалидов, которые ведутся за рубежом и в нашей стране, в последние десятилетия привели к становлению и определили пути развития реабилитологии, как стройной научно-практической дисциплины в ее совокупном медико-социальном значении [1]. Огромное значение в этом имел выход в свет документа ВОЗ– International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). Это Международная классификация нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН), дополнившая Международную классификацию болезней (МКБ-10). В названном документе сформулировано понятие последствий заболеваний как основного предмета науки и практики реабилитации. Это – а) нарушения структур и функций организма человека, б) ограничения его жизнедеятельности как индивидуума и в) социальная недостаточность человека как личности. Концепции ICIDH (МКН) легли в основу создания современного технологического инструмента, обеспечивающего эффективное государственное регулирование решения самого широкого круга проблем, связанных со здоровьем и качеством жизни людей, социально-экономическим благополучием общества.

По мнению многих специалистов, самих экспертов ВОЗ [1] Международная классификация ICIDH, рекомендованная ВОЗ мировому сообществу и опубликованная в 1980 году нуждалась в дополнениях.

Прежде всего, это связано с тем, что в ней не раскрыта достаточно полно роль социальной и физической окружающей среды, как в формировании последствий заболеваний, так и в их преодолении, рассматривается преобладание медицинского подхода к проблеме выведения из строя – «medicalization of disablement». Необходимо детальное определение всех внешних по отношению к организму и личности человека природных и культурных (социальных, хозяйственно-экономических) условий возникновения и развития, одновременно и преодоления всей совокупности последствий заболевания для более эффективного решения проблем медицинской реабилитации на популяционном уровне [3]. Кроме того, ICIDH 1980 года отражает и оценивает, главным образом, последствия болезни, всегда имеющие характер разрушений и «выведения из строя». Однако, при оценке состояния больного и его реабилитационного потенциала важно раскрыть сохранившиеся резервы восстановления или компенсации возникших нарушений и ограничений, как можно более глубоко оценить и раскрыть все индивидуальные достоинства человека-личности. Это важно для статистики и принятия мер в решении проблем здоровья и их последствий на индивидуальном уровне, в первую очередь в организации медико-социальной экспертизы и в формировании индивидуальных программ реабилитации.

Дополнения к ICIDH (МКН), сделанные специалистами многих стран, нашли свое отражение в новом документе ВОЗ, предложенном мировому сообществу и опубликованном в 2001 году – International Classification of Functioning, Disability and Health. Это Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья - МКФ, заменившая МКН [6].

В нашей стране медико-социальная экспертиза и построенная на ее основе медицинская реабилитация больных и инвалидов претерпевает период своего научно-методологического и технологического становления. Особое значение в этом имеет адекватное восприятие, освоение новых научных, теоретических сторон этой чрезвычайно сложной и перестраивающейся в последние годы в нашей стране сферы государственной деятельности [5].

Для понимания сущности научно-теоретических, методологических основ медико-социальной экспертизы и реабилитации важно объединение двух концептуальных взглядов на здоровье и его нарушения, изложенных в МКФ. Это отражено в научной полемике «медицинской модели» против «социальной модели».

Медицинская модель сосредотачивает внимание на персональной стороне нарушения здоровья, вызванного непосредственно болезнетворным фактором. Изменения здоровья при этом требуют медицинской помощи в виде индивидуального лечения, проводимого профессионалами – врачами. Медицинская помощь рассматривается как основной выход из положения.

Социальная модель сосредотачивает внимание на сторонах нарушения здоровья, выходящих за рамки индивидуальной проблемы. Изменения

здоровья при этом нуждаются в помощи со стороны социального окружения. Это требует социальных решений и во многом предполагает коллективную ответственность общества. Поэтому результатом данной позиции будут социальные изменения.

МКФ базируется на более тесной интеграции двух (медицинской и социальной) моделей. Для объединения различных сторон функционирования более широко и глубоко используется биопсихосоциальный подход. МКФ основана на более полной согласованности взглядов на различные стороны здоровья и болезни: с биологических, личностных и социальных позиций.

«Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья – International Classification of Functioning, Disability and Health» (МКФ) имеет своей целью обеспечить унифицированным стандартным языком и определить рамки для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем. Она вводит определения «составляющих здоровья» и некоторых, связанных со здоровьем составляющих благополучия (таких как образование и труд). В конкретизации «общеупотребляемого» определения здоровья, данного Всемирной организацией здравоохранения, МКФ дает стандартные, необходимые для практического применения, определения «доменов здоровья» и «доменов, связанных со здоровьем». Домен – это сфера проявления признаков здоровья или болезни, факторов и условий, определяющих здоровье или болезнь; это практический и значимый для характеристики здоровья набор: а) взаимосвязанных физиологических функций и анатомических структур; б) действий, задач и сфер жизнедеятельности; в) внешних природных и культурных условий; г) внутренних, индивидуально-психологических особенностей.

В международных классификациях ВОЗ изменения здоровья (болезнь, расстройства, травмы и т.п.) изначально классифицированы в МКБ-10, которая определяет их этиологическую структуру. Функционирование и ограничение жизнедеятельности, связанные с изменением здоровья, классифицируются в МКФ. Таким образом, МКБ-10 и МКФ дополняют друг друга, и пользователям рекомендуется применять обе классификации совместно. В МКБ-10 заболевания, расстройства или другие изменения здоровья обеспечиваются диагнозом, который дополняется информацией МКФ о функционировании. Совместная информация, относящаяся к диагнозу и функционированию, дает более широкую и значимую картину здоровья людей или популяций, которая может быть использована при принятии решений.

Важно иметь в виду наличие частичного совпадения между МКБ-10 и МКФ. Обе классификации начинаются с систем организма. Нарушения относятся к структурам и функциям организма, которые обычно являются составляющими «процесса болезни» и, в связи с этим, также используются в МКБ-10. Тем не менее, МКБ-10 использует нарушения (в виде признаков и симптомов) как части констелляции, которые формируют «болезнь», или

иногда как проблемы функций и структур организма, связанные с изменениями здоровья. У двух индивидов с одинаковым заболеванием могут быть различные уровни функционирования, и два индивида с равным уровнем функционирования не обязательно имеют одинаковые изменения здоровья. Следовательно, совместное использование классификаций повышает качество информации для медицинских целей. МКФ не исключает использования обычных диагностических процедур, применяемых для медицинских целей. В других случаях МКФ может использоваться самостоятельно. МКФ ушла от классификации «последствий болезней» (концептуальной позиции ICIDH – МКН 1980 года), чтобы стать классификацией «составляющих здоровья». «Составляющие здоровья» определяют, из чего оно состоит, в то время как «последствия» концентрируют внимание на тех влияниях, которые могут оказывать заболевания и другие изменения здоровья на конечный результат. Таким образом, на основе МКФ исследователь может более полно делать выводы о причинно-следственных связях заболевания, используя приемлемые научные методы. Этот подход усиливает подходы, основанные не на исследовании детерминант здоровья или факторов риска заболеваний. Для исследователя детерминант или факторов риска МКФ содержит перечень факторов внешней природной и культурной среды, описывающих обстановку в которой живет индивид. Факторы окружающей среды создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где люди живут и проводят свое время. Они представлены: технологиями и оборудованием, непосредственно связанными с индивидуумом в его производительной деятельности и в быту и др. Факторы окружающей среды взаимодействуют с такими составляющими здоровья, как функции и структуры организма, активность и участие. Для каждой составляющей сущность и степень этого взаимодействия могут быть детально разработаны в ходе научных исследований. Ограничения жизнедеятельности (объединяющие активность и участие) характеризуются как последствия или результат сложных взаимоотношений между изменением здоровья индивида, личностными факторами и внешними факторам, представляющими условия, в которых индивид живет. В результате этих взаимоотношений разные окружающие факторы могут оказывать различные влияния на одного и того же индивида с определенными изменениями здоровья. Окружающая среда с барьерами и без облегчающих факторов будет ограничивать возможности реализации потенциалов здоровья индивида, среда же с облегчающими факторами может способствовать этой реализации.

Личностные факторы – это индивидуальные характеристики, с которыми живет и существует индивид, состоит из черт индивида, не являющихся частью изменений здоровья или показателей здоровья. К сожалению, личностные факторы в МКФ хотя и выделены как класс факторов, определяющих здоровье, однако не расшифрованы, не детализированы и в настоящее время в оценке здоровья и болезни по

данной классификации не применяются. Отсутствие расшифровки личностного фактора не позволяет достаточно полно осуществить аспект оценки состояния здоровья в его триединой характеристике: биологической, личностной (психологической) и социальной. Данный аспект чрезвычайно важен, поскольку он определяет ценностные ориентации личности, влияющие на здоровье, активность самой личности в сохранении и восстановлении здоровья – что является внутренним, основным потенциалом здоровья человека. Нарушения функционирования, ограничения активности и участия (социальная недостаточность) сказываются на свойствах человека, в первую очередь, как развивающейся личности – персоны [4], приводя в этом отношении к «деперсонализации», и проблема реабилитации встает как проблема возвращения личности на путь ее развития - «реперсонализации» [2].

В Международной классификации функционирования (МКФ) термины «нарушения», «ограничения жизнедеятельности» и «социальной недостаточности», используемые в Международной классификации нарушений (МКН) 1980 года, имеют несколько иную интерпретацию и к ним имеются дополнения. Термином «нарушения» обозначается понятие, входящее в состав понятия, определяемого термином «функционирование». Нарушения лишь та часть функционирования организма, которая проявляет себя отклонением от определенных общепринятых популяционных стандартов биомедицинского статуса организма и его функций. Нарушения – это проблемы, возникающие в функциях или структурах, такие как существенные отклонения или утрата. Нарушения не зависят от этиологии или от того, как они развиваются; они могут быть частью или проявлением изменения здоровья, но они не являются обязательным признаком болезни и не означают, что индивид должен считаться больным. Такое понимание термина «нарушения» является основой концепции МКФ, которая рассматривает статус индивида с позиций здоровья, а не болезни, в интересах ориентации на потенциал здоровья.

Термином «ограничения жизнедеятельности», наоборот обозначается более широкое понятие, включающее в себя понятия, обозначаемые терминами «активность» и «участие». Активность – это выполнение задачи или действий индивидом. Она представляет индивидуальную сторону функционирования. Возможны ограничения активности – это трудности в осуществлении активности, которые может испытывать индивид, преодолевая индивидуальные нарушения функционирования (нарушения структур и функций). Из контекстных факторов здоровья здесь имеют значение личностные факторы. Ограничение активности может варьировать от легкого до тяжелого качественного или количественного отклонения в выполнении активности, как по форме, так и по величине, в сравнении с людьми без изменения здоровья.

Таким образом, МКН преимущественно сосредотачивала внимание на том, какие негативные изменения произошли в свойствах и жизнедеятельности индивида-личности. МКФ, в интересах активного преодоления негативных изменений, сосредотачивает внимание на том положительном, что осталось и содержится в индивидуально-личностных свойствах человека и в окружающей его социально-культурной и природной среде. Освоение МКФ является необходимым условием на пути обновления, совершенствования медико-социальной экспертизы и медицинской реабилитации больных и инвалидов.

Список литературы

1. *Аухадеев Э.И. Становление и развитие методологических основ медико-социальной реабилитации больных и инвалидов // Вертеброневралогия. – 2005. – № 1– 2. – С. 55 – 62.*
2. *Аухадеев Э.И. Актуальные проблемы медицинской реабилитации инвалидов в Республике Татарстан // Развитие региональной службы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов: материалы научно-практической конф. «Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов в Республике Татарстан», посвящ. Пятилетию создания в Республике Татарстан Государственной службы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, 18-19 дек. 2003 г. – Москва-Казань, 2004. – С 47 – 60.*
3. *Бодрова Р.А., Аухадеев Э.И., Тихонов И.В. Опыт применения международной классификации функционирования в оценке эффективности реабилитации пациентов с последствиями поражения ЦНС.// Практическая медицина.- 2013. -№1 (66). - С. 100-102.*
4. *Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. / А.Н. Леонтьев. – М.: Политиздат, 1975. – 304 с.*
5. *Лаврова Д.И. Критерии оценки ограничений жизнедеятельности в учреждениях медико-социальной экспертизы: методические рекомендации для работников учреждений медико-социальной экспертизы и реабилитации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2004. – №2. – С. 45 – 57.*
6. *Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности: руководство по классификации состояний, относящихся к последствиям болезней и травм / РАМН, НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко, Московский центр ВОЗ по МКБ. / Под ред. В.К. Овчарова. – М., 1998. – 66 с.*

ОРГАНИЗАЦИЯ ИНФОРМАЦИОННОГО МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Гурьянова Е. А., *доктор медицинских наук, профессор кафедры внутренних болезней с курсом медицинской реабилитации ФГБОУ ВО "ЧувГУ им. И.Н. Ульянова", профессор кафедры терапии ГАУ ДПО "Институт усовершенствования врачей" Минздрава Чувашии, г. Чебоксары*

С целью обеспечения процесса взаимодействия органов исполнительной власти, медицинских организаций, Главного Бюро медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ) и организаций социального

обслуживания при оказании медицинской и социальной помощи инвалидам Чувашской Республики в 2016 году создана система межведомственного электронного взаимодействия.

В задачи проекта входили организация электронного взаимодействия медицинских организаций Чувашии с Главным бюро МСЭ при направлении пациентов на медико-социальную экспертизу (по форме № 088/у-06) и получение результата освидетельствования в электронном виде; сокращение количества посещений пациентами отделений МСЭ за счет предварительной записи на освидетельствование и электронного межведомственного взаимодействия. Не менее важной задачей служила организация межведомственноговзаимодействия с целью координации деятельности участников процесса реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации (далее - ИПРА) инвалидов и детей-инвалидов в целях исполнения ФЗ № 419 от 01.12.2014 г.; контроль на региональном и ведомственном уровнях сроков и полноты мероприятий по выполнению ИПРА; передача сведений о выполненных ИПРА на федеральный уровень.

Кроме того, система позволила осуществлять информирование граждан о положенных им льготах и мерах социальной поддержи посредством Социального интернет портала Чувашской Республики.

Функциональные возможности модуля интеграции с Республиканской медицинской информационной системой состоят в том, что при направлении пациентов на медико-социальную экспертизу (по форме № 088/у-06), при получении результата освидетельствования в электронном виде; организации предварительной записи на освидетельствование в бюро МСЭ исключается необходимость двойного ввода данных, т.к. врач заполняет информацию об исполненных мероприятиях в электронной медицинской карте пациента.

После выдачи гражданину ИПРА Координатор (определенная приказом Министерства здравоохранения медицинская организация) в Системе распределяет между организациями-исполнителями все новые ИПРА. Далее с ИПРА начинают работать сотрудники медорганизаций: назначаются ответственные лица по каждой ИПРА, заполняются и отправляются Координатору отчеты о выполненных мероприятиях. Вся эта работа ведется в привычном интерфейсе МИС. При этом, при работе в МИС действуют те же контроли и проверки, как и в самой системе ИПРА, к примеру, не могут быть отправлены пустые отчеты или отчет о мероприятии не может быть заполнен раньше, чем оно было выполнено.

Сервис предварительной записи на МСЭ позволяет формировать направление на медико-социальную экспертизу в бюро МСЭ по Чувашии; записывать пациента на прием с возможностью выбора свободной даты и времени; получать обратный талон по результату обращения пациента в бюро МСЭ по Чувашии.

Функциональные возможности модуля организации межведомственного взаимодействия при реализации индивидуальная

программа реабилитации и абилитации инвалидов позволяют проводить пакетный импорт в электронном виде выписок из ИПРА инвалида или ребенка-инвалида полученных от ГБ МСЭ в XML-формате; формирование электронного личного дела гражданина с возможностью добавления нескольких мероприятий и отчетов по ИПРА со сроком действия «Бессрочно»;заполнение факта исполнения мероприятий;контроль заполнения всех полей отчета о реализации планов мероприятий по реабилитации или абилитации; автоматизированный подбор учреждений-исполнителей исходя из места жительства инвалида или, при отсутствии информации о месте жительства, исходя из адреса постоянной регистрации или информации об учреждении, направившем на медико-социальную экспертизу;формирование реестра выписок ИПРА с указанием статусов («новая», «направлена на исполнение», «на исполнении», «исполнена»); распределение выписок ИПРА по исполнителям, в том числе включая возможность распределения выписки между несколькими исполнителями в рамках одного министерства; ведение регистра ИПРА с возможностью построения выборок по типу и подтипу мероприятий, районам, дате выдачи ИПРА, исполнителям мероприятий;контроль выдачи технических средств реабилитации (далее – ТСР) с указанием даты выдачи и срока эксплуатации выданных инвалиду ТСР; пакетная выгрузка в электронном виде сведений о выполнении реабилитационных мероприятий, предусмотренных ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) на «витрину» органа исполнительной власти для Главного бюро МСЭ и др..

К категориям пользователей системы относятся врачи медицинских организаций, сотрудники центров социального обслуживания населения, сотрудники центров социальной защиты населения, сотрудники образовательных учреждений и учреждений подведомственных Минспорту Чувашии; ответственные сотрудники Минздрава, Минтруда, Минобразования и Минспорта; сотрудники бюро медико-социальной экспертизы по Чувашии; граждане (с 2019 г.).

Эксплуатация системы предполагается в защищенной сети передачи данных. Уровень защиты информации в Системе соответствует требованиям ФЗ 149 от 27.07.2006 г. «Об информации, информационных технологиях и о защите информации».

Используемая система обеспечения информационной безопасности построена с учетом принципов, изложенных в методическом документе «Меры защиты информации в государственных информационных системах» утвержденным ФСТЭК России 11.02.2014 г.Для обеспечения защиты все коммуникации происходят по защищённому соединению с использованием серверных и клиентских сертификатов, соответствующих требованиям ГОСТ.

В системе реализованы разграничения на уровне пользователей. Для входа в пользовательскую часть Системы и дальнейшей работы в ней используются учетные записи ЕСИА или внутрисистемные данные о пользователях. Для разграничения доступа пользователей к данным внутри

системы используются различные роли, назначаемые каждому пользователю администратором. Каждая роль пользователя в Системе представляет собой совокупность прав доступа к определенным объектам (информационным ресурсам, операциям, функциям) Системы. В Системе предусмотрена возможность настройки для каждой пользовательской роли прав доступа к данным и выполнения определенных операций. Все действия пользователей записываются в электронном журнале.

На данный момент в Системе работает порядка 2000 пользователей.

Социальный эффект от внедрения данной системы в Чувашской Республике достигается за счет: однократного посещениябюро МСЭ пациентами для освидетельствования инвалидности по предварительной записи, что наиболее актуально для жителей сельской местности; организации электронного межведомственного взаимодействия, позволяющего в максимально короткие сроки начать исполнение мероприятий ИПРА; информирования граждан о положенных им льготах и мерах социальной поддержи.

СОЦИАЛЬНАЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ПРОБЛЕМЫ, ТЕНДЕНЦИИ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Дымочка М. А., *доктор медицинских наук, руководитель, главный федеральный эксперт по медико-социальной экспертизе ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России*
Морозова Е. В., *руководитель Центра социальной, профессиональной и психологической экспертно-реабилитационной диагностики, и реабилитации ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России*

Приоритетным направлением социальной политики Российской Федерации является профессиональная и социальная интеграция молодых людей с ограниченными возможностями здоровья.

Ратификация Конвенции ООН о правах инвалидов 3 мая 2012 года Россия (Федеральный закон от 3 мая 2012 г. № 46-ФЗ «О ратификации конвенции о правах инвалидов») предписывает, что «государство должно принимать по отношению к инвалидам все необходимые, в том числе законодательные меры, обеспечивающие им равные с другими лицами условия для реализации прав человека без какой бы то ни было дискриминации».

Таким образом, обеспечивая социальную защищенность инвалидов, государство должно создавать им необходимые условия для достижения одинакового со своими согражданами уровня жизни, обеспечивать меры поддержки в сфере социальной защиты, образования, занятости, адаптивной физической культуры и занятий спортом, участия в общественной жизни посредством осуществления их эффективной социальной и профессиональной реабилитации и абилитации.

По данным государственного статистического наблюдения в Российской Федерации на 01.01.2018 зарегистрировано 12 млн. 111 тыс. инвалидов. Из них 3 млн. 561 тыс. составляют инвалиды трудоспособного возраста, из которых 1 млн. 300 тыс. - это инвалиды молодого возраста от 18 до 40 лет, реализация потенциальных возможностей которых имеет значимую стратегическую государственную цель – социальная интеграция в общество и достижение инвалидами экономической независимости.

Состояние инвалидности в Российской Федерации и учет требований Конвенции о правах инвалидов потребовал ряд принятия серьезных законодательных мер в отношении обеспечения прав инвалидов.

В этой связи Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2015 N 1297 была утверждена Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы, которая предусматривает реализацию комплекса мероприятий, в целях реализации инвалидами и другими маломобильными группами населения прав и основных свобод, а также совершенствование механизма предоставления услуг в сфере реабилитации, включая решение вопросов образования и занятости инвалидов, и государственной системы медико-социальной экспертизы посредством реализации 3-х подпрограмм:

- подпрограмма 1 «Обеспечение условий доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения»;
- подпрограмма 2 «Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов»;
- подпрограмма 3 «Совершенствование государственной системы медико-социальной экспертизы».

Вопросы социальной защиты, образования, занятости, реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на нормативно-правовом уровне в Российской Федерации регулируются и постоянно совершенствуются следующими основными нормативно-правовыми документами:

- Федеральным законом от 24.11.1995 N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;
- Федеральным законом от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Федеральным законом от 28.12.2013 N 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».
- Федеральным законом от 19.04.1991 N 1032-1-ФЗ «О занятости населения в Российской Федерации»;
- Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-Фз «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральным законом от 04.12.2007 N 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации»;

- Законом «Основы законодательства Российской Федерации о культуре», утвержденным Верховным Советом Российской Федерации 09.10.1992 N 3612-1.

Таким образом, для достижения максимальной социальной интеграции инвалидов молодого возраста государством реализуется ряд законодательных мер по их реабилитации или абилитации в образовательной, профессиональной и социальной сферах.

Центральным моментом в профессиональной и социальной интеграции молодых людей с ограниченными возможностями здоровья является получение ими доступного и качественного образования (общего и профессионального).

Государство поддерживает получение инвалидами образования и гарантирует создание инвалидам необходимых условий для его получения. Поддержка общего образования, профессионального образования и профессионального обучения инвалидов направлена на: осуществление ими прав и свобод человека наравне с другими гражданами; развитие личности, индивидуальных способностей и возможностей; интеграцию в общество.

Для получения профессионального образования студентам-инвалидам в ИПРА определяется нуждаемость в рекомендациях по условиям организации обучения в средних и высших профессиональных учебных заведениях.

Образовательными организациями среднего и высшего образования, а также организациями, осуществляющими образовательную деятельность по основным программам профессионального обучения, должны быть созданы специальные условия для получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья, под которыми понимаются условия обучения, воспитания и развития, включающие в себя:

-использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания;

-специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов;

-специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования;

-предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь;

-проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий;

-обеспечение доступа в здания организаций, осуществляющих образовательную деятельность;

- другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

По данным Федеральной службы государственной статистики (Росстат) количество студентов-инвалидов, получающих среднее

профессиональное образование, за последние 5 лет увеличилось в 1,9 раза, а получающих высшее образование – в 1,3 раза.

Количество инвалидов, принятых на обучение по программам бакалавриата и специалитета в 2017 году - 21757 человек.

В настоящее время в сфере Минтруда России находятся 11 федеральных казенных профессиональных образовательных учреждений для инвалидов (Приложение №2 к распоряжению Правительства Российской Федерации от 14 июля 2012 г. №1270-р). Опубликованный отчет Минтруда России «Об итогах работы в 2016 г» показал, что в 2016/2017 гг. в них обучалось 2345 инвалидов.

По сравнению с 2015 г. численность студентов-инвалидов увеличилась на 95 человек. Выпуск студентов-инвалидов в 2016 г. составил 522 человека, из которых трудоустроено было 304 выпускника. Как было указано выше, численность трудоустроенных выпускников 2016/2017 годов составило 2 527 человек, из них по программам подготовки квалифицированных рабочих и служащих трудоустроено 831 человек, по программам подготовки специалистов среднего звена – 1 696 человек.

Мониторинг, осуществляемый Минтрудом России с использованием показателей, утвержденных приказом Минтруда России от 30 декабря 2016 № 852 «Об организации мониторинга реализации в субъектах Российской Федерации программ сопровождения инвалидов молодого возраста при трудоустройстве» показал по состоянию на 1 декабря 2017 года, что уровень занятых инвалидов, получивших высшее образование и нашедших работу в течение 3-х месяцев после получения образования:

– в 23 субъектах Российской Федерации (28% от 85 субъектов Российской Федерации) уровень трудоустройства составляет от 30% до 50%;

– в 22 субъектах Российской Федерации (26% от 85 субъектов Российской Федерации) уровень трудоустройства составляет от 50% до 75%;

– в 15 субъектах Российской Федерации (18% от 85 субъектов Российской Федерации) уровень трудоустройства составляет от 75% до 100%;

– в 23 субъектах Российской Федерации (28% от 85 субъектов Российской Федерации) уровень трудоустройства менее 30%.

В отношении инвалидов, получивших среднее образование данные мониторинга, выглядят следующим образом:

– в 24 субъектах Российской Федерации (28% от 85 субъектов Российской Федерации) уровень трудоустройства составляет от 30% до 50%;

– в 31 субъекте Российской Федерации (37% от 85 субъектов Российской Федерации) уровень трудоустройства составляет от 50% до 75%;

– в 6 субъектах Российской Федерации (7% от 85 субъектов Российской Федерации) уровень трудоустройства составляет от 75% до 100%;

– в 24 (28% от 85 субъектов Российской Федерации) субъектах Российской Федерации уровень трудоустройства менее 30%.

Основная задача Правительства в этой области - обеспечение 100% трудоустройства молодых специалистов после окончания профессионального образования.

С 2016 года субъектами Российской Федерации реализуются мероприятия, направленные на сопровождение инвалидов молодого возраста при получении ими профессионального образования и содействия в последующем трудоустройстве.

В этих целях во многих субъектах Российской Федерации организовано: взаимодействие органов исполнительной власти в области содействия занятости и образования, образовательными организациями; взаимодействие в рамках учебного процесса инвалидов-выпускников образовательных организаций с работодателями; осуществление государственными учреждениями службы занятости подбора вакансий и проведение необходимых консультаций с работодателями для подбора возможных предложений по трудоустройству инвалида молодого возраста.

При реализации мероприятий, направленных на оказание содействия в трудоустройстве инвалидов: уточняются пожелания инвалидов, их готовность к реализации мер по трудоустройству; осуществляется информирование о вакансиях на рынке труда; выявляются барьеры, препятствующие трудоустройству; оказывается помощь в освоении доступного маршрута передвижения до места работы и на территории работодателя.

Ключевым показателем успешной социальной и профессиональной интеграции молодых людей с ограниченными возможностями здоровья является их рациональное трудоустройство. Мероприятия по профессиональной реабилитации или абилитации молодых инвалидов включают в себя определение нуждаемости в профессиональной ориентации и содействии в трудоустройстве. Профессиональная ориентация молодых людей с ограниченными возможностями здоровья в Российской Федерации начинается с 14 лет и осуществляется как в образовательной организации, так и в службах занятости населения. Все инвалиды, обратившиеся в центр занятости населения получают государственные услуги по профессиональной ориентации в целях: выбора сферы деятельности (профессии); трудоустройства; профессионального обучения и дополнительного профессионального образования; социальной адаптации с использованием методов, направленных на повышение трудовой мотивации, активизации самостоятельного поиска работы, формирования активной жизненной позиции; психологической

поддержке для повышения мотивации к трудоустройству, снятия психологического напряжения, повышения уверенности в себе.

Профессиональная реабилитация инвалидов и содействие их занятости – важнейшая социальная проблема. Она обостряется в условиях экономической нестабильности, сокращения объемов производства и рабочих мест, коммерциализации сфер образования и профессиональной подготовки.

По данным Минтруда России, в 2017 г. около 3,6 млн инвалидов находились в трудоспособном возрасте. При этом стабильно работающих из них 0,93 млн человек или 26,1% от общей численности инвалидов трудоспособного возраста.

По данным Федеральной службы государственной статистики (Росстат), на 1 января 2018 года в Российской Федерации около 3,5 млн. инвалидов находились в трудоспособном возрасте. При этом работало из них 1644 тысяч человек или 46% от общей численности инвалидов трудоспособного возраста.

По данным Федеральной службы по труду и занятости число инвалидов, обратившихся за содействием в трудоустройстве ежегодно увеличивается, например, в 2014 г. в поиске подходящей работы нуждались 170864 человек, были трудоустроено – 73412 человек, из них на квотируемые рабочие места было устроено – 3887 человек, тогда как в 2017 г. в поиске подходящей работы нуждались 166993 человек, трудоустроено – 88574 человек, из них на квотируемые рабочие места было устроено 7700 инвалида.

Однако, не только государственные службы содействуют профессиональной самореализации людей с ограниченными возможностями здоровья.

В 2014 году Российская Федерация присоединилась к международному движению «Абилимпикс», которое появилось в Японии в 1972 году и целью которого являлось повышение престижа рабочих профессий. В этом году Национальный чемпионат профессионального мастерства для людей с инвалидностью «Абилимпикс» пройдет в четвертый раз. В течение года на территории страны проходят региональные чемпионаты, а в конце года победители соревнуются в Москве. Чемпионат проводится в 3 категориях: школьники, студенты колледжей и ВУЗов, специалисты. В категории «специалисты» принимают участие инвалиды до 65 лет. Чемпионат проводится не только по рабочим профессиям.

В 2017 г. в III Национальном чемпионате профессионального мастерства приняли участие более 900 человек из 74 регионов Российской Федерации. Соревнования проходили по 67 компетенциям.

По итогам проведения чемпионатов профессионального мастерства «Абилимпикс» в 2016-2017 гг. из 5819 участников:

- 829 (14,2 %) – трудоустроено,
- 14 (0,23%) – на стажировке с последующим трудоустройством;

– 3776 (64,9%) – продолжают обучение;
– 1196 (20,6%) – не трудоустроены.

Таким образом, 4619 человек (79,4%) из общего количества участников чемпионатов «Абилимпикс» в настоящий момент относятся к категории занятых.

В соответствии с протоколом заседания Комиссии при Президенте Российской Федерации по делам инвалидов от 23 января 2018 года № 18 Минобрнауки России совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, общественными объединениями инвалидов, работодателей и с учётом анализа компетенций международного чемпионата «Абилимпикс» актуализирована Концепция проведения конкурсов по профессиональному мастерству среди инвалидов и лиц с ОВЗ «Абилимпикс» на 2018-2020 годы.

Одним из важных критериев успешной социальной интеграции молодых инвалидов является показатель их социальной активности.

Так, например, в Москве ежегодно проводится конкурс красоты среди молодых женщин, передвигающихся на креслах-колясках «Мисс независимость». Ее организатором является РООИ ПРИ «Катюша».

Также в России активно развивается движение «инклюзивные танцы» (Центр социокультурной анимации «Одухотворение для инвалидов с различными заболеваниями, в том числе синдромом Дауна. Вот уже три года Центр проводит Международный фестиваль «Inclusive Dance». Кроме того специалисты Центра регулярно проводят теоретические и практические занятия по инклюзивному танцу в различных регионах России на базе реабилитационных центров для инвалидов.

Для инвалидов с нарушениями слуха в 2016 г. в рамках мероприятия «Обеспечение субтитрирования и тифлокомментирования наиболее выдающихся отреставрированных и оцифрованных фильмов прошлых лет для цифрового кинотеатрального показа» осуществлено тифлокомментирование и субтитрирование 38 полнометражных фильмов.

С осени 2017 г. Сбербанк России совместно с ГМИИ им. А.С. Пушкина реализует проект «Видеть невидимое». Запущена передвижная выставка тактильных картин для инвалидов с нарушениями зрения, позволяющая инвалидам «увидеть» шедевры изобразительного искусства.

Помимо вышеуказанных средств социальной интеграции инвалидов молодого возраста важное место занимают мероприятия по физической культуре и спорту.

Для повышения доступности спорта и пропаганды активного образа жизни среди инвалидов молодого возраста в Российской Федерации была создана целевая программа «Развитие физической культуры и спорта на 2016-2020 гг.». В рамках её реализации строятся школы, стадионы, бассейны, спорткомплексы и т.д., предлагаются льготные условия на посещение спортивных объектов, проводятся различные соревнования, спартакиады, фестивали спорта и чемпионаты.

С каждым годом увеличивается количество спортсменов, участвующих в паралимпийских играх. Так, в 1994 году в Лилехаммере сборную России представляли 16 спортсменов-инвалидов, а в 2014 году на Паралимпийских играх в Сочи сборная России насчитывала уже 78 спортсменов.

Существует отдельное спортивное направление – танцы на колясках, которое не является паралимпийским видом спорта, однако курируется Международным Паралимпийским комитетом. Кубок Континентов по танцам на колясках – крупнейшие ежегодные соревнования, которые пройдут в 2018 году в Санкт-Петербурге уже в девятый раз.

С 2016 года существует проект «ГТО без границ», реализованный на средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации N 68-РП от 05.04.2016 и на основании конкурса, проведенного Общероссийской общественной организацией «Союз пенсионеров России».

Участники проекта проводят мероприятия по адаптации спорта для лиц с ОВЗ: вебинары, дни инклюзивного спорта, круглые столы, а также занимаются разработкой методических рекомендаций.

С целью приобщения к культурной жизни молодые инвалиды активно привлекаются в деятельность общественных организаций, что позволяет им проявлять активную гражданскую позицию.

Одним из важных проявлений активной гражданской позиции является участие в выборах. В 2018 году на выборах президента Российской Федерации впервые был использован комплекс для голосования «Доступные выборы», который позволил незрячему избирателю исполнить свой гражданский долг.

Созданы условия доступности для инвалидов по зрению официальных сайтов федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сети «Интернет».

Таким образом, в Российской Федерации сложилась положительная тенденция по совершенствованию механизма социальной и профессиональной интеграции инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья молодого возраста как на нормативно-правовом уровне, так и в плане ее практической реализации.

В 2018 году в Швейцарии, в Комитете ООН по правам инвалидов прошла защита первоначального доклада Российской Федерации о выполнении Конвенции о правах инвалидов. Перспективным планом подготовки предложений по реализации рекомендаций, содержащихся в Заключительных замечаниях Комитета по правам инвалидов по первоначальному докладу Российской Федерации при выполнении Конвенции о правах инвалидов предусмотрено:

-осуществление мероприятий, учитывающих потребности инвалидов в доступных услугах, включенных в планы реализации национальных

проектов (программ) в том числе в сферах образования, культуры, производительности труда и поддержки занятости;

-создание в субъектах Российской Федерации базовых профессиональных образовательных организаций, обеспечивающих поддержку региональных систем инклюзивного профессионального образования;

-разработка типовой программы сопровождения инвалидов молодого возраста при получении ими профессионального образования и содействия в последующем трудоустройстве;

-создание ресурсных учебно-методических центров по обучению инвалидов и лиц с особыми образовательными потребностями на базе образовательной организации высшего профессионального образования;

- осуществление в рамках национального проекта «Образование» мер по поддержке создания в субъектах Российской Федерации консультационных центров психолого-педагогической, медико-социальной, методической, диагностической и консультативной помощи, в том числе семьям с детьми-инвалидами;

-осуществление в целях преодоления дискриминации по признаку инвалидности при трудоустройстве и обеспечения разумного приспособления рабочих мест с учетом потребностей инвалидов: разработки предложений о внесении изменений в отдельные законодательные акты в целях совершенствования системы квотирования рабочих мест для инвалидов и введения выплаты работодателям компенсаций за невыполнение квот;

-утверждения федерального государственного стандарта и региональных административных регламентов предоставления государственной услуги по сопровождению при осуществлении занятости инвалидов.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ НА ПРИМЕРЕ ОБЛАСТНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Змановская В. А., *кандидат медицинских наук, заместитель главного врача Государственного автономного учреждения здравоохранения Тюменской области "Детский психоневрологический лечебно-реабилитационный центр "Надежда", главный внештатный специалист по детской медицинской реабилитации Департамента здравоохранения Тюменской области, г.Тюмень*

Кашуба Е. В., *главный врач Государственного автономного учреждения здравоохранения Тюменской области "Детский психоневрологический лечебно-реабилитационный центр "Надежда", г.Тюмень*

Сегодня в Тюменской области насчитывается 818 детей, страдающих детским церебральным параличом, что составляет 70,5 процентов от количества детей инвалидов с болезнями нервной системы.

Ввиду высокотехнологичности и разнонаправленности технологий реабилитации детей с двигательными проблемами, развитие их в отдельно взятых учреждениях сегодня не представляется возможным. И поэтому будущее современной реабилитации только за междисциплинарными командами, как внутри одного учреждения, между учреждениями реабилитации разных ведомственных принадлежностей, а также между учреждениями разных уровней и специализаций оказания помощи.

За последние годы потенциал ГАУЗ ТО «ДПН ЛРЦ «Надежда» в отношении реабилитации детей-инвалидов с данной патологией неуклонно растет. Это является фундаментом для внедрения новых современных методик лечения, значительно повышающих эффективность реабилитационного процесса.

На этапе выполнения задач качественной и эффективной оценки клинического состояния пациента и определения функциональных резервов организма, а также оценки достижения ожидаемой цели, в Центре внедрены международные оценочные шкалы.

Для оценки двигательного развития ребенка с ДЦП используется Шкала глобальных моторных функций (GrossMotorFunctionClassificationSystem- GMFCS).

Для оценки общей моторной функции детей с ДЦП внедрена и успешно используется эффективная оценочная шкала FMS (FunctionMobilScaile).

Для оценки состояния верхних конечностей внедрена и успешно используется классификация нарушения функции руки MACS (ManualAbilityClassificationSystemforchildrenwithcerebralPalsy 4-18 years).

Для оценки уровня спастичности внедрены специальные шкалы: модифицированная шкала спастичностиЭшворта (MAS-B) и модифицированная шкала спастичностиТардье (MTS).

Для объективизации оценки эффективности реабилитационных мероприятий начали использовать шкалу достижения цели (GAS).

Комплексная реабилитация детей-инвалидов с детским церебральным параличом в Тюменском регионе осуществляется согласно индивидуальным программам по реабилитации и абилитации в Областном центре реабилитации инвалидов, в центре для детей и подростков с ограниченными возможностями «Родник», детском психоневрологическом лечебно-реабилитационном центре «Надежда».

Кроме того, в межведомственную систему включены: Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. акад. Г.А. Илизарова (г.Курган), медицинские организации по месту жительства, комплексные центры социального обслуживания, общественные организации. Спектр этих организаций непрерывно расширяется.

Планирование оказания необходимой реабилитационной и социальной поддержки невозможно без единой базы данных о таких детях. В целях координации деятельности субъектов межведомственного взаимодействия на базе лечебно-реабилитационного центра «Надежда»

создан и функционирует регистр детей-инвалидов с детским церебральным параличом. Для оказания всех необходимых видов помощи детям с детским церебральным параличом в комплексе, в 2015 году сформирована межведомственная рабочая группа. В состав рабочей группы входят организации различной ведомственной подчиненности, занимающиеся проблемами семьи, имеющей ребенка с детским церебральным параличом.

Еженедельно на базе центра «Надежда» проводится консилиум рабочей группы с участием неврологов, травматологов-ортопедов, педиатра, врача по лечебной физкультуре, психиатра по разработке и реализации индивидуального реабилитационного межведомственного маршрута для каждого ребенка и членов его семьи, в котором указываются непрерывные мероприятия, осуществляемые до достижения максимального уровня развития ребенка с ДЦП.

С января 2014 года в Тюменской области при поддержке Института восстановительной травматологии и ортопедии им. Илизарова и Шведской университетской ортопедической клиники из города Лунд стартовала программа наблюдения за детьми с церебральным параличом. Аналог таких программ работает в Скандинавских странах, Австралии, части штатов Америки. Сама эта программа подразумевает регулярное наблюдение пациента с проведением ряда рентгенологических и клинических исследований. А главным индикатором этой программы является профилактика вторичных ортопедических осложнений и снижение частоты вывихов бедра и скелетных деформаций, которые являются причиной выраженного болевого синдрома, снижения двигательной активности и уменьшения продолжительности жизни детей с детским церебральным параличом. Для оценки скринингового динамического наблюдения за тазобедренными суставами оценивается индекс Реймерса. Индекс Реймерса 33% указывает на повышенный риск формирования вывиха тазобедренного сустава, что требует динамического контроля такого ребенка каждые полгода.Работа в этом проекте могла случиться только при наличии профессиональной мультидисциплинарной команды.

Самым правильным направлением является сочетание консервативных и оперативных методов лечения. В центре внимания оперативной терапии при детском церебральном параличе находится коррекция приобретенных или врожденных контрактур и деформаций, предотвращение их появления, а также максимально возможное восстановление мышечного равновесия, для того чтобы не допустить усвоения устойчивых патологических двигательных стереотипов. В распоряжении современных врачей находится богатый арсенал оперативных технологий.

В целях повышения доступности высокотехнологичной ортопедической хирургической помощи в 2013 году организовано сотрудничество врачей лечебно-реабилитационного центра «Надежда» со специалистами Российского научного центра «Восстановительная

травматология и ортопедия» им. акад. Г.А. Илизарова (г. Курган). Для своевременного устранения ортопедических проблем у детей с детским церебральным параличом особой сложности, а также минимизации транспортировки пациентов с тяжелыми проявлениями заболевания организованы выездные консультации в г. Тюмень специалистов для решения вопроса об оперативном лечении. За период с начала 2013 года проведено 16 консилиумов. Совместно осмотрено 785 детей с ДЦП, из них отобраны на хирургическое лечение – 317 детей, 225 детей с ДЦП прооперированы.

Но, несомненно, успешный результат проводимого оперативного лечения зависит от того, насколько своевременно и полноценно ребенку будет проведена реабилитация в послеоперационном периоде. Стандарт ведения пациентов с ДЦП в Тюменской области в послеоперационном периоде включает обязательное проведение многократных курсов реабилитации в течение календарного года с перерывом в 4-6 недель.

В целях повышения качества и доступности протезно-ортопедической помощи детям-инвалидам Тюменского региона в 2014 году на базе ГАУЗ ТО «ДПН ЛРЦ «Надежда» начала работать междисциплинарная медико-техническая комиссии в составе неврологов-реабилитологов лечебно-реабилитационного центра «Надежда» с присутствием на ней представителей бюро медико-социальной реабилитации, отделения реабилитации Департамента социального развития Тюменской области и ортопедов-ортезистов протезно-ортопедических предприятий города.

Целью работы данной врачебной комиссии стало единое понимание двигательных проблем ребенка-инвалида, выработка преемственности в работе реабилитологов и ортезистов, а также повышение эффективности использования консервативных ортопедических методов лечения (ортезов, туторов, аппаратов для конечностей) и технических средств реабилитации у детей-инвалидов с проблемами опорно-двигательного аппарата.

За период с августа 2014 года совместно осмотрено 680 детей-инвалидов с двигательными проблемами. Даже столь небольшой опыт работы этой комиссии выявил тенденции снижения перечня выписываемых технических средств реабилитации с учетом современных принципов и подходов, что, несомненно, скажется на экономии выделяемых финансовых средств, но, что очень важно, повысит эффективность использования рекомендуемых детям технических средств реабилитации и ортезов.

Сегодня в Тюменской области есть все возможности для реабилитации и адаптации детей с детским церебральным параличом: оснащённые базы учреждений, профессиональный штат специалистов, инновационные программы и проекты, индивидуальный подход к каждому ребёнку. Только объединив усилия особых детей, родителей и специалистов мы сможем добиться успехов и достичь поставленных целей в борьбе за здоровье и полноценную жизнь.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОВЕДЕНИЮ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ ОРФАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Муравцева Т. М., *кандидат медицинских наук, заместитель руководителя по экспертной работе, Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Удмуртской Республике» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г.Ижевск*
Маркова М. В., *врач по медико-социальной экспертизе Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Удмуртской Республике» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г.Ижевск*

Орфанные заболевания – термин, применяющийся к редко встречающимся хроническим заболеваниям. В настоящее время медицинской наукой открыто около семи тысяч разновидностей таких заболеваний.

Проблема редких (орфанных) болезней актуальна не только для Российской Федерации, но и для подавляющего большинства стран мира, что обусловлено расширением возможностей ранней диагностики орфанных заболеваний и появлением эффективных способов их лечения. Согласно статистике Российской академии медицинских наук, орфанные заболевания в России зарегулированы у трехсот тысяч человек.

Особое значение проблема редких болезней приобретает в педиатрии и клинической генетике детского возраста, так как по данным EURORDIS (Европейского союза организаций больных редкими заболеваниями) более 75% редких наследственных болезней манефистируют в раннем возрасте, при этом часто имеют неблагоприятный прогноз, а в 65% случаев приводят к стойким выраженным и значительно выраженным нарушениям функций организма и инвалидности.

В России редкими считаются заболевания, которые встречаются не более чем у десяти человек на 100 тысяч населения.

Перечень нормативных правовых актов, регулирующих вопросы медицинской помощи гражданам, страдающим орфанными заболеваниями, представлен федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (статья 44) и постановлением Правительства РФ от 26.04.2012г. № 403 «О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожаемыми и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента». Со вступлением в силу федерального закона № 323-ФЗ в Российской Федерации на государственном уровне введено понятие редких (орфанных) заболеваний, дано их определение и принят критерий отнесения к редким заболеваниям. Обеспечение пациентов, страдающим данными заболеваниями, является полномочиями и ответственностью региональных органов исполнительной

власти. Сформированы и утверждены постановлениями Правительства РФ два перечня редких заболеваний.

Один перечень включает все заболевания, которые на основе статистики, характеризующей их распространенность на территории страны, можно отнести к редким, вне зависимости от того, существуют ли на сегодняшний день для этих заболеваний методы лечения и адекватная лекарственная терапия. В перечень вошли 230 заболеваний, он периодически пересматривается и дополнятся.

Другой перечень – жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни или к инвалидности, - включает 24 заболевания. Это те заболевания, для которых в настоящее время имеется патогенетическое лечение, т.е. лечение, направленное на устранение патологического процесса, а не на симптомы.

По состоянию на 01.10.2018 в региональный сегмент федерального регистра Удмуртской Республики, согласно постановлению Правительства РФ от 26.04.2012 № 403 внесена информация о 146 пациентах, из них 63% составляют дети и 37% взрослых.

В обеспечении лекарственными средствами нуждаются более 60% пациентов. Объём выделяемых финансовых средств из регионального бюджета на лекарственное обеспечение недостаточный. Учитывая вышеизложенное, приоритетной причиной направления медицинскими организациями граждан с орфанными заболеваниями на медико-социальную экспертизу является обеспечение их лекарственными препаратами.

В результате чего, врачебные комиссии медицинских организаций в направлении на МСЭ не отражают стойкость нарушенных функций, а основанием является нуждаемость в обеспечении лекарственными средствами, что приводит к необоснованным направлениям в 12 - 13% случаев. Кроме того, в 16% случаев составляется программа дополнительного обследования (ПДО), в том числе в 77% — с целью уточнения степени выраженности нарушенных функций, что приводит к удлинению сроков проведения МСЭ на 10-30 дней и, как следствие этого, увеличению обращений граждан.

Ратификация Российской Федерацией в 2012 году Конвенции о правах инвалидов придала импульс развитию федерального законодательства в области проведения медико-социальной экспертизы. Федеральным законом от 01.12.2014г. № 419-ФЗ с системных позиций установлены соответствующие положениям Конвенции нормы, внесены взаимоувязанные изменения в закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

Постановлением Правительства РФ от 29.03.2018г. № 339 внесены изменения в Правила признания лица инвалидом, утвержденные постановлением Правительства РФ от 20.02.2006 № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом»: утверждены четыре перечня

заболеваний, дефектов, необратимых морфологических изменений при которых инвалидность (категория «ребенок-инвалид») устанавливается бессрочно (до достижении возраста 18 лет) не позднее 2 лет после первичного освидетельствования, при первичном освидетельствовании, категория «ребенок-инвалид» сроком на 5 лет и до достижения возраста 14 лет, заболевания, дефекты, необратимые морфологических изменений при которых инвалидность устанавливается при заочном освидетельствовании.

С целью объективизации и прозрачности проведения медико-социальной экспертизы разработана количественная оценка степени выраженности нарушений функций организма человека, которая утверждена приказом Минтруда России от 17.12.2015года №1024н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

В случае отсутствия какого-либо орфанного заболевания в классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан, специалистами учреждения медико-социальной экспертизы применяется пункт 4 раздела II «Классификации основных видов стойких расстройств функций организма человека и степени их выраженности» приказа №1024н.

За период с 2015 года по 2017 года в ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» признаны инвалидами 168 граждан.

Структура инвалидности вследствие орфанных заболеваний у взрослых и детей отличается.

У взрослых ведущие классы болезней: идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура – D 69.3, легочная (артериальная) гипертензия (идеопатическая) (первичная) – I 27.0, пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы-Микели) – D 59.5.

У детей ведущие классы болезней: нарушения обмена ароматических аминокислот (классическая фенилкетонурия) – E 70.0; E 70.1, идеопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса) – D 69.3, юношеский артрит с системным началом – M 08.2.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

2. Постановление Правительства РФ от 26.04.2012г. № 403 «О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожаемыми и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента».

3. Ягудина Р.И., Королева Н.И. Редкие заболевания и орфанные лекарственные средства, М., 2015.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБОРУДОВАНИЯ ФКУ «ГБ МСЭ ПО УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ» МИНТРУДА РОССИИ

Мухаметгалеева Е. Д., *кандидат медицинских наук, руководитель — главный эксперт по медико-социальной экспертизе Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Удмуртской Республике» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г.Ижевск*
Кудрявцев Н. А., *начальник отдела экспертно – реабилитационной диагностики Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Удмуртской Республике» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г.Ижевск*

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 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 различных классах болезней (Методическое пособие по методике применения специального диагностического оборудования в системе медико-социальной экспертизы). 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. Отдел экспертно-реабилитационной диагностики (далее - ОЭРД) ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» Минтруда России организован с 2010 г. Одной из основных задач отдела ОЭРД 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.

ОЭРД ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» Минтруда России за 2017 год на специальном диагностическом оборудовании провел

3077 обследований, из них в Экспертных составах Главного бюро 417 обследований, что составило 13,6 % от общего числа обследований.

Исследования осуществлялись с использованием следующего диагностического оборудования: Медицинское диагностическое оборудование с функциями аудио- и импедансометрии. - Аудиометр диагностический АА222 и Шумозащитная кабина (далее аудиометр диагностический) – всего 209 обследований или 6,8% от общего числа обследований; Аппаратно-программный комплекс для обследования вестибулярного аппарата с функциями видеонистагмографии, воздушной ирригации и вращательным стендом (креслом) электрическим (далее - АПК для обследования вестибулярного аппарата) – 233 обследования или 7,6% от общего числа; Эргометр с функцией диагностической дорожки с силовой платформой (далее - Эргометр p/h/cosmos) – 587 обследований или 19,1% от общего числа; 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» (далее - АПК «Примус РС») – 1680 обследований или 54,6% от общего числа; система «Balance Master» компании «NeuroCom». (далее- система «Баланс-Мастер») – 262 обследования или 8,5% от общего числа.Оборудование для проведения психолого-педагогической экспертно-реабилитационной диагностики в виде аппаратно-программного комплекса нейроскрининга и диагностики когнитивных и моторных функций, внимания (далее АПК нейроскрининга) – 104 обследования или 3,34 % от общего числа; Электрофизиологическое оборудование для электроретинографии (далее ЭРГ) – 2 обследования или 0,06% от общего числа.

Таким образом, за 2017 год среди специального диагностического оборудования наиболее часто использовался АПК «Примус РС» (54,6%), менее всех ЭРГ ввиду запуска в эксплуатации в ноябре 2017 года.

Аудиометр диагностический и шумозащитная кабина позволяют проводить тональную пороговую аудиометрию по воздушному и костному звукопроведению. Показания к исследованию - нарушения слуха вследствие различных причин. Противопоказания - ранний детский возраст, воспалительные (гнойные) заболевания уха в остром периоде, психические расстройства выраженной степени. АПК для обследования вестибулярного аппарата дает возможность провести объективное исследование вестибулярного аппарата (видеонистагмометрия; калорические пробы; оптокинетические пробы; вращательные тесты) – это многокомпонентное исследование, в ходе которого определяется функциональное состояние органов внутреннего уха, а точнее той его части, которая отвечает за равновесие - полукружных каналов и преддверия. Отклонения в некоторых тестах могут дать указания на патологию центральной нервной системы. Показаниями к назначению этих исследований служат нарушения функций равновесия любой этиологии;

противопоказаниями – выраженные психические нарушения, эпилепсия (для вращательных тестов), выраженные некомпенсированные нарушения слуха и зрения, дискомфорт от вращения, масса тела более 135 кг.

Система «Примус РС» используется при исследовании статодинамической функции при поражении костно-мышечной и нервной систем, сопровождающимся ограничением движений в суставах (образованием контрактур) и снижением мышечной силы. Комплекс позволяет оценить объем движений в крупных суставах (коленных, тазобедренных, голеностопных, плечевых и локтевых), а также возможность выполнения основных видов хвата кистей и силы, с которой они выполняются (оценивается цилиндрический как основной из видов хвата и щипковый как самый тонкий из хватов). Показаниями для обследования на «Примус РС» являются врожденная патология, травматические повреждения и другие заболевания (состояния) опорно-двигательного аппарата и нервной системы при одностороннем поражении (необходимо сравнение вовлеченной стороны со здоровой, так как физическая сила индивидуальна и практически её нормы не установлены). Противопоказания - выраженные психические нарушения, выраженные некомпенсированные нарушения слуха и зрения, эпилепсия, нестабильность суставов и костной ткани, интенсивные боли, сильные деформации и растяжения связок, воспаление, открытые раны, глубокое разрушение окружающих сустав тканей. Эргометр p/h/cosmos используется для объективизации нарушений нейромышечных, связанных с движением функций организма и измерения биомеханических показателей ходьбы у граждан, использующих при передвижении вспомогательные технические средства (трость, ортез, протез нижней конечности и другие), при оценке результатов медицинской реабилитации. Противопоказания практически отсутствуют, так как пациент самостоятельно выбирает оптимальную (комфортную) для него скорость ходьбы; ограничением становится лишь масса тела – до 130кг.

Применение динамической системы «Баланс-Мастер» с диагностической целью основано на использовании как универсальных высокостандартизированных тестов, так и индивидуально формируемой батареи из заданий различного характера и сложности. Первые служат для измерения возможности и эффективности использования человеком сенсорных и моторных систем при поддержании равновесия в различном сенсорном окружении, вторые — для тонкой оценки ограничений способности к поддержанию равновесия при активном движении. Позволяет не только дать оценку статодинамической функции по традиционно используемым кинематическим, кинезиологическим, миографическим показателям, но и точно измерить влияние двигательной активности или условий среды для объективизации способности человека сохранять равновесие тела в различных условиях (ходьба, стоя, сидя), при оценке результатов медицинской реабилитации. Противопоказания - выраженные психические нарушения, выраженные некомпенсированные

нарушения слуха и зрения, эпилепсия, нестабильность суставов и костной ткани, интенсивные боли, сильные деформации и растяжения связок, воспаление, открытые раны, глубокое разрушение окружающих сустав тканей, выраженные вестибуломозжечковый синдром.

АПК нейроскрининга позволяет проводить обследования с целью диагностики высших корковых функций (лобно-подкорковых связей), например выявление лобно-подкорковой деменции. ЭРГ используется для объективизации состояния сетчатки глаза путем регистрации биопотенциалов, при оценке результатов медицинской реабилитации. Доля обследований, результаты которых, совпали с заключениями специалистов экспертных составов составляет наибольшую часть от общего числа, а удельный вес обследований, результаты которых не совпали с заключениями специалистов составляет менее 5%. Расхождения в заключениях экспертов и результатах обследования касались выраженности нарушений функций организма, и практически во всех случаях несовпадений результаты исследования показали меньшую степень выраженности нарушений. Основной причиной несовпадений результатов исследования с заключениями специалистов экспертных составов являлось отсутствие при направлении на медико-социальную экспертизу объективного инструментального обследования, подтверждающего степень выраженности нарушений функций организма количественно и качественно, особенно у пациентов с нарушением функций ходьбы и равновесия.

Применение ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» Минтруда России специального диагностического оборудования показал: использование методик обследования на специальном диагностическом оборудовании позволяет у пациентов объективизировать степень выраженности нарушений функций слуха, вестибулярного аппарата, ходьбы, устойчивости, равновесия, снижения мышечной силы, психических функций устанавливаемую специалистами экспертных составов при клинико-функциональной диагностике; результаты обследований на специальном диагностическом оборудовании в подавляющем большинстве случаев совпадают с результатами клинико-функциональной оценки выявленных нарушений, проводимой специалистами экспертных составов, что указывает на квалифицированную экспертно-реабилитационную диагностику и высокую компетентность специалистов по МСЭ; обследование пациентов на специальном диагностическом оборудовании повышает объективность, достоверность экспертных решений и, следовательно, способствует улучшению качества медико-социальной экспертизы.

Список литературы:

1. *Методическое пособие по методике применения специального диагностического оборудования в системе медико-социальной экспертизы. –М.: ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, 2014.*

О ВНЕСЕНИИ ДОПОЛНЕНИЙ В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ТСР: БРАЙЛЕВСКИЙ ДИСПЛЕЙ И ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ, КАК ТЕХНИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ОДНОВРЕМЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ И СЛУХА

Мухаметгалеева Е. Д., *кандидат медицинских наук, руководитель - главный эксперт по медико-социальной экспертизе Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Удмуртской Республике» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г.Ижевск*
Муравцева Т. М., *кандидат медицинских наук заместитель руководителя по экспертной работе Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Удмуртской Республике» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г.Ижевск*
Калугина Т. И., *врио руководителя Бюро № 10 - филиала Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Удмуртской Республике» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г.Ижевск*

С 01.01.2018 г. вступило в силу Постановление Правительства РФ от 18.11.2017 г. №10398 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации». В Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, внесен пункт 23 (1) следующего содержания: «Брайлевский дисплей, программное обеспечение экранного доступа».

Брайлевский дисплей – это электромеханическое устройство, предназначенное для незрячих пользователей ПК, владеющих азбукой Брайля. Это устройство имеет ряд ячеек-модулей (от 20 до 80) в виде строки, на которые последовательно выводится компьютерная информация в виде рельефно-точечного шрифта Брайля. Дисплеи Брайля чаще всего используют совместно с программой экранного доступа. Это позволяет выводить на дисплей текстовую информацию, информацию о выполняемых действиях пользователя при работе с различными приложениями.

Медицинские показания: полная (тотальная) или практическая слепоглухота; значительно выраженные сенсорных функций (зрения) (острота зрения единственного или лучше видящего глаза до 0,04 с коррекцией) в сочетании с умеренными нарушениями сенсорных функций (слуха) (тугоухость III-IV степени); выраженные нарушения сенсорных функций (зрения) (острота зрения единственного или лучше видящего глаза до 0,05-0,1 с коррекцией) в сочетании с глухотой.

С учетом возможности осознанного использования при условии сформированных (формирующихся) навыков владения шрифта Брайля.

Абсолютные медицинские противопоказания:

- значительно выраженные нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций верхних конечностей;
- значительно выраженные нарушения психических функций, приводящие к отсутствию критической оценки своего состояния и ситуации в целом;
- значительно выраженные нарушения статики и координации движений (гиперкинетические, атактические нарушения).

Основанием для внесения рекомендаций о нуждаемости в Брайлевском дисплее является выявленная в ходе проведения медико-социальной экспертизы возможность осознанного использования данного технического средства реабилитации, при условии сформированных (формирующихся) навыках владения шрифтом Брайля в процессе работы за компьютером. Степень владения может быть отражена в характеристике с места учебы, соответствующим удостоверением о прохождении обучения на курсах элементарной реабилитации. Это может быть информация из библиотек для слепых и слабовидящих, в которых организованы соответствующие курсы, а также других организаций, осуществляющих подобную деятельность.

Программное обеспечение экранного доступа позволяет инвалидам получить доступ к информации на экране через Брайлевский дисплей и речевой синтезатор, который воспроизводит отображаемую на экране информацию через наушники или динамики персонального компьютера.

Медицинские и абсолютные медицинские противопоказания для программного обеспечения экранного доступна те же, что и для Брайлевского дисплея.

В заключение обращаем Ваше внимание, что рекомендации в ИПРА по нуждаемости в программном обеспечении экранного доступа возможно определять инвалидам, не владеющим системой Брайля, т.к. данное программное обеспечение может быть использовано, в т.ч., и для озвучивания визуальной информации.

В 2018 году Брайлевский дисплей и программное обеспечение экранного доступа рекомендованы двум инвалидам с одновременным нарушением зрения и слуха.

Нашим учреждением проведён анализ прогнозируемого числа граждан, которым можно рекомендовать данные технические средства реабилитации. В настоящее время список состоит из 10 человек. Инвалиды будут приглашены в ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» Минтруда России для прохождения медико-социальной экспертизы с целью коррекции ИПРА.

Список литературы:

1. *Постановление Правительства Российской Федерации от 18.11.2017 № 1398 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации».*
2. *Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.12.2005 № 2347-р.*

3. Перечень показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 28.12.2017 № 888н.

4. Письмо ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России от 19.01.2018 № 1412/2018 «О внесении в ИПРА рекомендаций по обеспечению брайлевским дисплеем, программным обеспечением».

ОПЫТ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ФКУ «ГБ МСЭ ПО УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ» МИНТРУДА РОССИИ С ОРГАНАМИ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА (РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА)

Мухаметгалеева Е. Д., *кандидат медицинских наук, руководитель — главный эксперт по медико-социальной экспертизе Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Удмуртской Республике» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г.Ижевск*

Муравцева Т. М., *кандидат медицинских наук, заместитель руководителя по экспертной работе Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Удмуртской Республике» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г.Ижевск*

С 01.01.2016 года в рамках реализации приказа Минтруда России от 15.10.2015 № 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» в Удмуртской Республике принято распоряжение Правительства Удмуртской Республики от 10.05.2016 года № 566-р «О системе межведомственного информационного взаимодействия при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида)». Данным распоряжением определены операторы системы: Минздрав Удмуртии, Минобразования Удмуртии, Минсоцполитики Удмуртии, Минспорт Удмуртии. С операторами системы заключены межведомственные соглашения об информационном взаимодействии при оказании государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы.

С целью организации межведомственного взаимодействия при разработке и реализации ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) в Удмуртской Республике функционирует программный продукт, представляющий собой web-ресурс, у пользователей которого

отображается список инвалидов нуждающихся в мерах реабилитации согласно ИПРА. За разработку и реализацию реабилитационных мероприятий отвечает орган исполнительной власти в соответствующей сфере деятельности. Все сведения по выполненным реабилитационным мероприятиям попадают в единую региональную базу данных субъекта РФ.

Федеральным бюро медико-социальной экспертизы организован защищенный канал связи между ЕГИС «Банк данных по реализации ИПРА» («Витрина») до программно-аппаратного комплекса Бюджетного учреждения Удмуртской Республики «Ресурсный информационный центр Удмуртской Республики» с установленным на нем программным продуктом ИС «ИПРА». По данному каналу связи реализована возможность передачи информации из региональной базы данных в государственную информационную систему «ЕАВИИАС МСЭ».

Формирование и размещение выписок из ИПРА инвалидов (детей-инвалидов) в ИС «ИПРА» осуществляется автоматически в ежедневном режиме. Органы исполнительной власти в соответствующей сфере деятельности в трехдневный срок с даты поступления заявления инвалида (ребенка-инвалида), либо их законного или уполномоченного представителя, о проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий, предусмотренных ИПРА, организуют работу по формированию и реализации реабилитационных мероприятий.

Информация об исполнении либо не исполнении (с указанием причины) мероприятий, предусмотренных ИПРА инвалида направляется органами исполнительной власти в учреждение медико-социальной экспертизы в течение пяти дней с даты их исполнения, но не позднее одного месяца до окончания срока действия ИПРА, в соответствии с пунктом 5 приказа Минтруда России от 15.10.2015 № 723.

По результатам проведения повторной медико-социальной экспертизы инвалидов следует отметить, что доля исполнения реабилитационных мероприятий низкая у ряда органов исполнительной власти.

Например, Министерством образования и науки Удмуртской Республики доля исполненных реабилитационных мероприятий составляет 67%, министерством социальной политики и труда Удмуртской Республики доля исполненных реабилитационных мероприятий составляет 34%, министерством по физической культуре, спорту и молодежной политике Удмуртской Республики доля исполненных реабилитационных мероприятий составляет 46%.

При переосвидетельствовании инвалида специалистом по реабилитации в протоколе проведения медико-социальной экспертизы заполняется раздел «Экспертно-реабилитационное заключение» о выполнении ИПР, ИПРА с оценкой эффективности проведенных реабилитационных или абилитационных мероприятий.

Сравнительная оценка формулируется специалистом по реабилитации в предложениях с оценочными словами: «полное» либо «частичное восстановление функций» или «положительные результаты отсутствуют». Данная оценка необходима для определения степени выраженности ограничений основных категорий жизнедеятельности в случае установления инвалидности.

Низкая доля выполненных реабилитационных мероприятий делает оценку эффективности проведенных мероприятий некорректной. С целью объективной оценки степени ограничения основных категорий жизнедеятельности специалисты учреждения медико-социальной экспертизы осуществляют прямое взаимодействие, на основе ранее устоявшихся взаимоотношений, со специалистами органов исполнительной власти в соответствующей сфере деятельности.

Такой механизм взаимодействия сложился в связи с отсутствием в Удмуртской Республике координирующего органа исполнительной власти, который отвечал бы на вопросы, оценивал возможность реабилитационных процессов, формировал предложения по системе реабилитации и абилитации в республике. Эти мероприятия специалистам по реабилитации необходимо выполнять заблаговременно, до начала предоставления инвалиду государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы, что отнимает у специалистов большое количество рабочего времени и снижает их эффективность.

Таким образом, одним из ключевых направлений государственной политики в отношении инвалидов является обеспечение именно комплексной реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов на основе ответственности органов государственной власти и местного самоуправления, организаций, независимо от форм собственности в соответствующей сфере деятельности (здравоохранение, образование, социальная защита, занятость населения, спорт, социальное страхование и др.). Комплексный многопрофильный подход к реализации ИПРА инвалидов требует межведомственной координации на региональном уровне. 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.

С целью совершенствования механизма предоставления услуг в сфере реабилитации необходимо создание условий для формирования современной системы комплексной реабилитации, которая должна включать основные направления реабилитации: медицинскую, профессиональную, в том числе содействие в трудоустройстве, социальную реабилитацию, физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт с реализацией, как реабилитационного процесса, так и включения ранней помощи. Предлагаем организовать проведение работы по унификации основных направлений реабилитации путем разработки

типовых взаимоувязанных между собой документов, регламентирующих вопросы реабилитации, позволяющих организовать единый эффективный реабилитационный процесс.

Список литературы:

1. Конвенция о правах инвалидов, принятая Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006г. №31/106 (по состоянию на 26 октября 2012г.). — 2012. — 29с.

2. 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 2015г. №49 ст.6987.

3. Распоряжение Правительства Удмуртской Республики от 10.05.2016 года № 566-р «О системе межведомственного информационного взаимодействия при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида)».

4. 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. 692

ВНЕДРЕНИЕ В ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФКУ «ГБ МСЭ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН (ТАТАРСТАН)» МИНТРУДА РОССИИ ЭЛЕКТРОННОЙ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ОЧЕРЕДЬЮ

Низамов Р. Х., *кандидат медицинских наук, руководитель — главный эксперт по медико-социальной экспертизе Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан (Татарстан)» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г.Казань*

Абдразакова Р. А., *начальник организационно-методического отдела Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан (Татарстан)» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г.Казань*

Сытова Н. Б., *начальник отдела по организации работы с документа Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан (Татарстан)» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г.Казань*

Пузанова О. В., *аместитель руководителя по экспертным вопросам и организации обработки персональных данных Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан (Татарстан)» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г.Казань*

Лашуков А. В., *начальник отдела информационно-статистического обеспечения Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан (Татарстан)» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г.Казань*

По результатам проведенной Министром труда и социальной защиты Российской Федерации М.А. Топилиным 1 июня 2016 г. встречи с

представителями общественных организаций, родительского сообщества и Общероссийского народного фронта разработан проект плана мероприятий («дорожной карты») по совершенствованию государственной системы медико-социальной экспертизы на период до 2020 года, где одним из пунктов стоит внедрение в практику деятельности учреждений медико-социальной экспертизы электронной системы управления очередью в целях независимого распределения заявлений, поданных гражданами на проведение медико-социальной экспертизы, включая поступившие в порядке обжалования.

Цель внедрения данной системы недопущение коррупционных правонарушений при проведении освидетельствования гражданина в любом бюро медико-социальной экспертизы, экспертном составе ГБ МСЭ.

Внедрение электронной очереди в ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан (Татарстан)» Минтруда России (далее – Главное бюро) было начато в ноябре 2012 года.

Компания «Технологии Будущего» осуществила разработку и поставку первой профильной электронной системы управления потоками заявителей на получение государственной услуги NEURONIQ для учреждений медико-социальной экспертизы в России.

Результаты пилотного проекта были оценены положительно, и было принято решение расширить сферу автоматизации, включив в нее не только структурные подразделения Главного бюро, но и всю республиканскую сеть медицинских организаций. В начале 2013 года на базе программного обеспечения NEURONIQ была создана единая система предварительной записи на освидетельствование, охватывающая свыше 150 лечебно-профилактических учреждений Татарстана.

В состав Главного бюро входит 41 бюро МСЭ, каждое из которых подключено к централизованной системе управления потоками пациентов. Запись на освидетельствование производится через единый web-сервис, интегрированный с электронным расписанием работы экспертов. Автоматизированный механизм нормирования заявителей позволяет регулировать количество выдаваемых талонов предварительной записи в соответствии с расписанием каждого конкретного бюро МСЭ, с учетом их рабочего графика на дату и время фактической явки гражданина.

Предварительная запись ведется в регистратуру бюро МСЭ. Для записи в регистратуру бюро МСЭ (операционный офис) для медицинских учреждений возможна ОНЛАЙН запись заявителей от данного медицинского учреждения через оператора (на сайте ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» Минтруда России www.mse116.ru).

Оператор лечебного учреждения выполняет вход на специальный раздел сайта (Авторизация – по логину\паролю, который имеется у каждого учреждения). Через интерфейс предварительной интернет-записи, выбирает нужный день, время явки в операционный офис и необходимые услуги.

В целях защиты от рисков, связанных с потенциальными утечками персональных данных гражданина, в системе предварительной записи отсутствуют поля для введения каких либо персональных данных. Для идентификации подлинности записи используется введение Страхового номера индивидуального лицевого счёта (далее - СНИЛС).

Страховой номер индивидуального лицевого счёта является уникальным и принадлежит только одному человеку. Номер СНИЛС используется в качестве идентификатора на портале государственных услуг, а также в обязательном порядке указывается на оборотной стороне универсальной электронной карты.

В системе электронной очереди действует режим проверки СНИЛС. Номер СНИЛС проверяется математическим алгоритмом на корректность ввода. При этом в системе задается временной интервал, в течение которого повторная запись с таким же СНИЛС блокируется.

Медицинское учреждение при выдаче направления на медико-социальную экспертизу выдает дополнительно гражданину талон предварительной записи с восьмизначным номером (PIN – код). При этом на талоне не указаны никакие персональные данные, только код для активации талона, дата и время визита на освидетельствование в бюро МСЭ. Это способствует защите информации.

В назначенное время гражданин является в ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Татарстан» Минтруда России, активирует талон предварительной записи на терминале в холле (по вводу PIN-кода) и получает талон с указанием трехзначного номера, проходит в зону ожидания и ждет вызова в регистратуру. При этом также не используются никакие персональные данные.

При наступлении назначенного времени указанный на талоне трехзначный номер вызывают в регистратуру бюро МСЭ, где начинается освидетельствование и ведется работа по проверке документов, персональные данные гражданина вводятся в федеральную государственную информационную систему «Единая автоматизированная вертикально интегрированная информационная система медико-социальной экспертизы» (далее ЕАВИИАС МСЭ).

С момента внедрения электронной очереди в программный комплекс управления потоками вносились точечные изменения, связанные как с функционалом, так и с пользовательским интерфейсом.

Был организован динамический расчет свободных периодов записи к регистраторам путем учета графиков работы врачей, добавлена функция балансировки вызовов по этажам в целях повышения эффективности оповещения больных, создан механизм полностью автоматического, «слепого» назначения маршрута освидетельствования, исключающий возможность появления коррупционной составляющей в работе учреждения.

В разрезе обновления пользовательского интерфейса была проведена оптимизация доступа к инструментарию, используемому регистраторами и экспертными составами.

В журнале «Перерегистрация» регистрируются данные о предварительно зарегистрированных клиентах. Журнал необходим для возможности активации будущих клиентов, для разбора конфликтных ситуаций за прошедший период и для статистического анализа соотношения явившихся и неявившихся клиентов.

Важно также знать, что вызов клиента по номеру отразится в статистике и руководитель (администратор) всегда сможет определить, кто, когда, и с какого рабочего места вызвал клиента из середины очереди.

Система обладает мощными аналитическими возможностями, позволяя отслеживать все события, возникающие в связи с работой программных и аппаратных модулей, и отображая их в формате статических отчетов по среднему времени обслуживания и ожидания, по количеству обслуженных талонов.

Таким образом, внедрение электронной очереди направлено на сокращение административных барьеров, сокращение времени получения государственной услуги, создание комфортных условий, как для населения, так и работников Главного бюро, исключение коррупционных рисков.

Список литературы:

1. *ГОСТ 34.201-89. Информационная технология. Комплекс стандартов на автоматизированные системы. Виды, комплексность и обозначение документов при создании автоматизированных систем.- М.: ИПК Издательство стандартов, 2002. - 11с.*
2. *Комплексное решение «МКТ-Современная регистратура» [Электронный ресурс] / АИС «МКТ-Медицинская организация» - Режим доступа: http://medcomtech.ru/Products/SovReg/sovreg.html*
3. *Межведомственный план мероприятий («дорожной карты») по совершенствованию системы медико-социальной экспертизы на период до 2020 года утвержденный Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации от 20 мая 2017г. – Москва, 2017. – 26с.*
4. *РД 50-34.698-90. Методические указания. Информационная технология. Комплекс стандартов на автоматизированные системы. Автоматизированные системы. Требования к содержанию документов. - М.: ИПК Издательство стандартов, 2002. - 25с.*
5. *Руководство Интеллектуальная система Neuroniq очередь. Инструкция по эксплуатации и настройке конфигурации (версия 3.305) – М.: ООО «Технологии будущего», 2016. – 214с.*
6. *Яковлев, С. Программирование на Python: Часть 11. Web-программирование: Django [Электронный ресурс] - Режим доступа: https://www.ibm.com/developerworks/ru/library/l-python_part_11/*

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ-ЭКСПЕРТОВ – ТРАДИЦИИ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ МСЭ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Помников В. Г., *доктор медицинских наук, ректор ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России, профессор, г. Санкт-Петербург*
Пенина Г. О., *доктор медицинских наук, проректор по учебной и научной работе ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России, профессор, г. Санкт-Петербург*
Травникова Н. Г., *кандидат психологических наук, начальник научного и учебного отдела, заведующий кафедрой гуманитарных наук ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России, г. Санкт-Петербург*

В 1960 г. в Ленинграде на основании распоряжения Совета Министров РСФСР № 5101-Р от 11 августа 1960 г., был основан Институт специализации врачей-экспертов (ИСВЭ). Структура, организация и задачи, поставленные перед коллективом института, были определены приказом Министерства социального обеспечения РСФСР № 170 от 30 августа 1960 г. Всего за десять лет (1960-1970 гг.) в нем было подготовлено около 700 врачей-экспертов. В 1970 г. по инициативе первого ректора института П.А. Маккавейского, в соответствии с распоряжением Совета Министров СССР № 2730-р от 31.12.1970г. реорганизован в Ленинградский институт усовершенствования врачей-экспертов (ЛИУВЭК). В 1995 г. в связи с возвращением Ленинграду первоначального названия – Санкт-Петербург, институт был переименован в Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов (СПбИУВЭК).

Единственное профильное образовательное учреждение послевузовской подготовки, профессиональной переподготовки и повышения квалификации врачебных кадров, а также других специалистов, работающих в системе социальной защиты населения Российской Федерации, прежде всего – в учреждениях медико-социальной экспертизы. Наряду с подготовкой кадров, институт вносит значительный вклад в развитие научных и методологических вопросов медико-социальной экспертизы, реабилитации, протезирования и медико-социального обслуживания населения.

Образовательные программы института реализуются на 10 кафедрах: организации здравоохранения, МСЭ и реабилитации; терапии, медико-социальной экспертизы и реабилитации №1; терапии, медико-социальной экспертизы и реабилитации №2 (ординатуры); хирургии, медико-социальной экспертизы и реабилитации; травматологии-ортопедии, медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации; педиатрии, медико-социальной экспертизы и реабилитации детей-инвалидов; неврологии, медико-социальной экспертизы и реабилитации; социальной психиатрии и психологии; медико-социальной и психологической помощи; гуманитарных наук.

Уровни образования: высшее профессиональное – подготовка кадров высшей квалификации (ординатура, аспирантура); дополнительное профессиональное: профессиональная переподготовка и повышение квалификации; профессиональное обучение.

Направления подготовки: клиническая медицина (терапия, неврология, психиатрия, педиатрия, хирургия, онкология, травматологи-ортопедия и др.), медико-профилактическое дело (медико-социальная экспертиза, общественное здоровье и здравоохранение), клиническая психология, психология, социальная реабилитация и др.

Система последипломного образования врачебных кадров в институте включает следующие направления и виды обучения:

1.Высшее профессиональное образование (послевузовское), в том числе:

-интернатура (первичная специализация) – до 2017 года, и ординатура по основным врачебным специальностям - терапии, хирургии, неврологии, психиатрии, педиатрии, травматологии и ортопедии и др. с основами МСЭ для выпускников медицинских вузов и врачей, которым необходимо подтвердить или изменить основную специальность;

-ординатура по основным врачебным специальностям и специальности «медико-социальная экспертиза»;

-аспирантура по основным медицинским научным специальностям, в том числе специальности «медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация».

2.Дополнительное профессиональное образование, в том числе:

-профессиональная переподготовка по специальностям «организация здравоохранения и общественное здоровье», «медико-социальная экспертиза», «психотерапия», «рефлексотерапия» и др., требующим дополнительной подготовки в объеме более 500 учебных часов;

-повышение квалификации руководителей, врачей и других специалистов (психологов, специалистов по социальной работе, медицинских сестер, техников-протезистов и др.), работающих в учреждениях МСЭ, реабилитации и социального обслуживания инвалидов, на протезно-ортопедических предприятиях, по актуальным и избранным вопросам основной врачебной специальности, специальности «медико-социальная экспертиза», а также вопросам медико-социального обслуживания в стационарных и нестационарных учреждениях социальной защиты населения, медицинским и техническим вопросам протезирования;

-краткосрочные курсы и стажировки, в том числе стажировка на рабочем месте по освоению врачами новых технологий и методов работы по специальности.

3.Профессиональное обучение медицинских регистраторов.

Более 70% преподавателей ФГБУ ДПО СПбИУВЭК - доктора и кандидаты медицинских наук - реализуют в полном объеме для бюро МСЭ субъектов Российской Федерации, других учреждений и предприятий социальной сферы и здравоохранения, в среднем, 120-130 циклов обучения

в год.

За годы существования института профессорско-преподавательским составом выполнено более 150 научно-исследовательских тем в рамках планов научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ Министерств и ведомств, являющихся учредителями института, федеральных и региональных целевых программ, а также НИР, востребованных учреждениями социальной сферы. По их результатам выпущено более 10 сборников научных работ, подготовлено и защищено более 90 диссертаций, в том числе 19 докторских. Сотрудниками института опубликовано 52 монографии, 35 руководств и учебников, более 300 учебных и учебно-методических пособий, 112 обзорных и экспресс-информаций, 86 методических рекомендаций, а также более 1700 статей и более 3000 тезисов докладов в материалах национальных и международных конгрессов, съездов и конференций, на которых ими сделано более 980 научных докладов.

Институтом был осуществлен перевод на русский язык и внедрена в образовательный процесс краткая версия Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, право на переиздание которой в соответствиис требованиями ВОЗ, принадлежит институту. СПбИУВЭК стоит у истоков создания новой концепции реабилитации в Российской Федерации. В последние годы нами проводится большая работа по разработке и внедрению новых классификаций и критериев определения инвалидности у детей.

Благодаря проведенной работе, учреждения МСЭ, несмотря на трудности, успешно справляются с возложенными на них новыми обязанностями, определенная заслуга в этом принадлежит нашему институту. За 58-летний период деятельности ИСВЭ-ЛИУВЭКа-СПбИУВЭКа в нем прошли подготовку и повысили квалификацию более 36 тыс. слушателей, основную часть которых составили врачи и специалисты учреждений МСЭ.

Одна из составляющих опыта и мастерства преподавателей - владение и использование в работе различными современными педагогическими методами обучения взрослых людей, которые позволяют реализовать задачу обучения - применение новых теоретических знаний в разрешении различных экспертно-реабилитационных ситуаций. Институтом разработаны учебно- методические комплексы, включающие, в том числе, сборники учебных заданий, разбор случаев, методику и организацию проведениях деловых игр и др. Институт располагает подборкой учебных фильмов, учебно-методических материалов, а также учебными пособиями (включая выставку технических средств реабилитации), различными учебными базами для проведения занятий специалистов в сфере медико-социальной экспертизы.

Общая гуманистическая направленность института проявляется не только во внимательном отношении к каждому нашему слушателю, но и в том, что подготовку специалистов в сфере медико-социальной экспертизы

профессорско-преподавательский коллектив выстраивает с учетом Конституции РФ, Конвенции о правах инвалидов, других документов, в том числе принципов Кодекса профессиональной этики и служебного поведения работников федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы и не допускать случаев дискриминации граждан, получающих государственную услугу по медико - социальной экспертизе.

На протяжении более чем 58 лет своей истории институт ведет большую благотворительную и просветительскую работу, работу по установлению и поддержанию взаимосвязей, как с органами государственной власти, так и с общественными организациями инвалидов.

Ученые института внесли существенный вклад в разработку актуальных вопросов клинической медицины, медико-социальной экспертизы, реабилитации, протезирования и медико-социального обслуживания инвалидов и престарелых. Среди них следует отметить: профессоров Макарова А. Ю., Карпова Л. Н., Горелова Ф. И., Скляренко Р. Т., Коробова М. В., Помникова В. Г., Пенину Г.О., Войтенко Р. М., Кейера А. Н., Тарасова А. Н., Петрова М. Н., Попова С. Е., Лесогора В. М., Шостку Г. Д., Пронину Е. В., Разумовского М.И., Лапина В.В., Мурзину Т.Ф., Сергееву В.В., Довгалюка А.З.; доцентов Маккавейского П.А., Кадыскина М. Б., Митропольского А. Н., Шевченко В. К., Шварцмана З.Д., Роскова Р.В., Филомафитского С.Г., Беляева В. П., Серпокрыл Н. В., Макарову О.В., Травникову Н.Г. и др.

ФГБУ ДПО СПбИУВЭК работает под руководством и для Минтруда России, в законодательной среде, созданной Минобрнауки России в соответствии с содержательными требованиями Минздрава России и готов к новым вызовам времен.

ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ: ПРИМЕНЕНИЕ ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА В РОССИЙСКИХ УСЛОВИЯХ

Рачковская Н. А., *доктор педагогических наук, профессор кафедры общей и педагогической психологии ГОУ ВО Московской области «Московский государственный областной университет», г.Москва*

Позитивное отношение общества и государства к лицам с инвалидностью, пришедшее на смену социальной депривации, актуализировало проблему их интеграции в социум. Интеграционные тенденции, охватившие социальную сферу и современное образование, призваны гармонизировать общество, обеспечив каждому гражданину, не зависимо от состояния его здоровья, равные возможности для реализации своего жизненного потенциала.

Базовые документы, регламентирующие деятельность социальной

сферы и системы образования, такие как Конвенция ООН о правах инвалидов (2006), которую ратифицировала Россия в 2008 году, Законы «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и «Об образовании в Российской Федерации», декларируют равный доступ обучающихся с особенностями здоровья к качественному образованию всех уровней, предусматривают антидискриминационные меры во всех сферах образования, а также расширяют полномочия семьи в определении жизненной стратегии несовершеннолетнего с ограниченными возможностями здоровья. В частности, в Статье 5 Закона «Об образовании в РФ» отмечается, что «в целях реализации права каждого человека на образование федеральными государственными органами, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления: создаются необходимые условия для получения без дискриминации качественного образования лицами с ограниченными возможностями здоровья, для коррекции нарушений развития и социальной адаптации и условия, в максимальной степени способствующие получению образования определенного уровня и определенной направленности, а также социальному развитию этих лиц, в том числе посредством организации инклюзивного образования лиц с ограниченными возможностями здоровья» [3]. Таким образом, девиз развития современной системы образования и социальной сферы можно сформулировать следующим образом: «Разные возможности – равные права!».

Кроме того, с 1 сентября 2016 г. развитие инклюзивной образовательной практики в Российской Федерации регламентируется ФГОС начального общего образования обучающихся с ОВЗ и умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями). Новые образовательные стандарты предусматривают дифференциацию и индивидуализацию образовательной траектории особых обучающихся в массовой школе в соответствии с их диагнозами. Таким образом, инклюзивное образование является эффективным способом социальной реабилитации человека с инвалидностью, когда в условиях массовой школы вместе с несовершеннолетними, развитие которых находится в пределах нормы, обучаются дети и подростки с инвалидностью.

Инклюзивное образование сегодня не только хорошо законодательно очерчено, но и технологически обеспечено практически на всех уровнях – от дошкольного до профессионального образования. Следует отметить, что в западных странах инклюзия в образовании была законодательно закреплена значительно раньше - еще в середине XX века после Второй мировой войны, о чем свидетельствуют такие международные документы, как «Всеобщая Декларация прав человека» Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 1948 года; Конвенция о борьбе с дискриминацией в области образования, принятая 14 декабря 1960 года Генеральной конференцией Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры; Декларация Генеральной Ассамблеи ООН

о правах умственно отсталых лиц, принятая 20 декабря 1971 года и др.

В России же длительное время сохранялась традиция социальной изоляции лиц с инвалидностью, предполагающая их проживание в интернатных учреждениях и обучение в специальных (коррекционных) учебных заведениях. Вследствие этого на сегодняшний день Россия, к сожалению, не относится к странам, где жизнь инвалидов является максимально комфортной. В группу стран, характеризующихся наиболее благоприятными условиями для жизнедеятельности инвалидов, входят Финляндия с отсутствием дискриминации и возможностью полной реализации людьми с инвалидностью гражданских прав; Германия с высоко развитыми технологиями медицинской помощи и реабилитации; Италия с традицией проживания инвалидов в семье и развитым социально-медицинским патронатом; Канада и США с существенным пенсионным обеспечением людей с инвалидностью; Япония с высокотехнологичными средствами социально-бытовой реабилитации и др.

Эти страны объединяет особое отношение к людям с инвалидностью, которое предполагает не акцентирование дефекта, но: признание уникальности каждого человека, развитие ресурсных возможностей организма, выражающееся в позитивном подходе к инвалидности; обучение особых детей в «общем потоке», наличие специалистов, хорошо разработанных и апробированных методик обучения лиц с различными диагнозами; удовлетворение актуальных потребностей человека в помощи (терапия, медикаменты, средства социально-бытовой реабилитации), доступная среда; значительное финансирование медицинских исследований (технологии трансплантации и имплантации, генная инженерия и др.); деинституциализация воспитания особых детей, профессиональное родительство.

Многие из перечисленных позиций в России сегодня в достаточной степени не сформированы или находятся на стадии становления. При этом международные гуманитарные организации и эксперты констатируют ярко выраженную положительную динамику отношения общества и государства к лицам с инвалидностью, о чем свидетельствуют следующие реалии: внедрение ФГОС для обучающихся с ОВЗ и интеллектуальными нарушениями, позволяющие несовершеннолетним с нарушениями развития обучаться инклюзивно; интеграция людей с инвалидностью в различные сферы деятельности: спортивную, трудовую, досуговую и др.; социальное сопровождение семьи, в которой проживает человек с инвалидностью; расширение полномочий семьи в определении образовательного маршрута ребенка с ограниченными возможностями здоровья, советы профессионалов носят рекомендательный характер и др.

Вместе с тем, специалисты констатируют ряд проблем, затрудняющих социальную реабилитацию людей с инвалидностью в нашей стране: острая нехватка в стране специалистов-дефектологов, готовых профессионально сопровождать людей с инвалидность и семьи, в которых они проживают; психологический «барьер» в принятии людей с

инвалидностью, выражающийся в отсутствии терпимости к особым людям в повседневном бытовом взаимодействии; устоявшиеся традиции институционального воспитания детей с инвалидностью, даже при наличии родителей - дети с нарушениями развития часто определяются в интернатные учреждения; отсутствие желания и не достаточная готовность многих замещающих семей принять на воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья, несформированность института профессионального родительства; несовершеннолетние с инвалидностью часто проживают в семьях «группы риска» и неблагополучных семьях, где подвергаются жестокому обращению; при работе с несовершеннолетними правонарушителями со стороны правоохранительных органов и в пенитенциарной системе отсутствует дифференциация: несовершеннолетний со сниженным интеллектом, оказавшийся втянутым в правонарушение в силу непонимания, и интеллектуально сохранный правонарушитель, хорошо осознающий тяжесть и последствия содеянного [2]. Для преодоления этих и других проблем целесообразно обратиться к зарубежному опыту, адаптировав его к российским реалиям.

Сейчас во всем мире большую роль в процессе социальной адаптации лиц с инвалидностью играют компьютерные технологии и Интернет, которые являются важнейшим источником оперативного распространения новой верифицированной информации в области прав и социальной защиты инвалидов. Однако этим их роль не исчерпывается. Люди с инвалидностью могут получить профессиональное образование дистанционно. Так, в итальянском университете Тор Вергата (Рим) дистанционно можно освоить широкий круг специальной, включая медицинские. Следует отметить, что процесс получения психологического или медицинского образования уже сам по себе представляет способ социальной реабилитации человека с инвалидностью.

Благодаря своей универсальности, технология дистанционного обучения позволяет охватить обширную аудиторию и удовлетворить разнообразные познавательные потребности лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата, сенсорного и коммуникативного развития, с сердечно-сосудистыми заболеваниями и другими диагнозами. Выносимые устройства, т.е. контакторы, адаптированные к диагнозу, позволяют управлять специализированными компьютерными программами, независимо от состояния манипулятивных навыков и развитости зрительного, слухового, тактильного анализаторов.

В России отмечают недостаточную обеспеченность лиц с инвалидностью техническими средствами и инженерным сопровождением. В триединстве, необходимом для осуществления дистанционного обучения, «студент – преподаватель – инженер» часто ослаблено или вообще отсутствует третье звено. Зачастую семьи лиц с инвалидностью вынуждены самостоятельно решать проблемы с настройкой, подключением к Интернету, дальнейшим техническим обслуживанием компьютерной техники, что во многом снижает мотивацию к

использованию дистанционного обучения как средства социальной реабилитации. Все это говорит о целесообразности создания на базе сузов и вузов специализированных служб, занимающихся технической поддержкой дистанционного обучения инвалидов.

Чтобы эффективно использовать возможности современных информационно-компьютерных технологий, у человека должна быть сформирована информационная культура. Информационная культура пользователей с инвалидностью предполагает, прежде всего, информационную психогигиену, которая означает способность к саморегуляции информационных процессов в соответствии с актуальным состоянием организма. Общеизвестно, что многим пользователям нравится длительное время проводить за монитором компьютера. Это может привести не только к усилению социальной изоляции, но и к ухудшению физического самочувствия [1].

Информационная психогигиена включает в себя сформированный информационный иммунитет, который состоит в способности человека ограждать себя от деструктивной информации. В частности, существуют сайты, где общаются и публикуют свои жизненные истории люди с различными формами умственной отсталости и аутизма. Модераторы данных сайтов (социальные работники и волонтеры) внимательно следят за тем, чтобы оградить своих подопечных от нежелательных виртуальных контактов и негативной информации, которая может дестабилизировать их и без того зыбкое психоэмоциональное состояние.

Люди с инвалидностью в процессе выбора формы получения профессионального образования и при дальнейшем профессиональном самоопределении сталкиваются с множеством проблем, среди них: неадекватная оценка своих возможностей в сфере образования и труда, затрудненное взаимодействие с учебными заведениями и предприятиями, серьезные сложности трудоустройства и другие. Лица с ограниченными возможностями здоровья в процессе своего профессионального самоопределения остро нуждаются в профессиональном сопровождении, причем речь идет не о разовой помощи при первоначальном выборе профессии, а о постоянной поддержке в построении и реализации профессиональных перспектив.

За рубежом сопровождение инвалидов осуществляют консультанты центров построения карьеры, созданных при колледжах и университетах; специалисты служб занятости; работники общественных и религиозных организаций; волонтеры. Они проводят тестирование, консультирование лиц с особыми потребностями, участвуют в разработке индивидуальных планов профессионального развития, помогают оборудовать эргономичное рабочее место за компьютером, а при необходимости помогают людям с инвалидностью собрать документы для поступления в вуз, составить резюме при трудоустройстве или заполнить налоговую декларацию.

Развитая информационная культура позволяет человеку с ограниченными возможностями здоровья творчески воспринимать и

использовать информацию из Интернета для воплощения своих идей, развития способностей и талантов, например, в сфере веб-дизайна, создания сайтов, компьютерной графики, цифровой полиграфии, видеомонтажа и др. Со временем для некоторых пользователей это становится не только интересным хобби, но даже профессией.

Кроме того, они могут быть наставниками (тьюторами) по отношению к другим инвалидам, организовывать группы самопомощи, Интернет-сообщества, включаться в инклюзивное волонтерство, которое стремительно набирает обороты в России, поскольку позволяет человеку почувствовать свою силу и социальную значимость.

Представляется интересным зарубежный опыт в области помощи людям с ментальной инвалидностью, для социальной реабилитации которых используется целый комплекс современных технологий, направленных на максимально возможное нивелирование проблем их социальной адаптации. Так, организация League Education & Treatment Center (в переводе - Лига образования и Центр лечения) работает с людьми всех возрастов, имеющих диагнозы «аутизм» и «синдром Аспергера», при котором высокий уровень интеллектуального развития сочетается с нарушением социализации. Центр размещается в четырехэтажном здании: первый этаж занимают дети дошкольного возраста, второй – младшие школьники, третий – тинэйджеры, а четвёртый – взрослые с тяжелыми формами аутизма. Для людей, которые тяжело переносят перемещения, что характерно для этого диагноза, работает регистратура, куда родители могут позвонить и вызвать специалиста на дом. Работа центра финансируется общественными благотворительными организациями и частными лицами.

По целевому назначению Центр работает как общеобразовательная организация для людей с тяжелыми формами аутизма, которые проживают в семьях, и не могут обучаться в массовых школах и колледжах, поскольку с трудом социализируются. В России на сегодняшний день аналогов таких центров не существует, но можно предположить, что в нашей стране они существовали бы как учреждения дополнительного образования, поскольку система образования нашей страны предусматривает коррекционные (специальные) образовательные учреждения седьмого и восьмого видов, которые обеспечивают обучающимся с отклонениями в интеллектуальном развитии и ментальной инвалидностью обучение, воспитание, развитие, а также способствуют их интеграции в общество.

В Центре активно используются различные формы ручного труда, в том числе коллективного, с целью формирования способности к социальному взаимодействию и совершенствования мелкой моторики, что, в конечном счете, стимулирует развитие головного мозга. Целесообразность такой работы неоднократно была доказана нейрофизиологами и обусловлена своеобразной «модульностью» структуры головного мозга человека. Наиболее известные модули мозга – это левое и правое полушария коры, которые выполняют частично

специализированные, а частично совпадающие функции, также были обнаружены «модули» речи, зрения, музыкальных способностей, принятия решений и даже морального выбора. Влияние на определенные модули позволяет компенсировать неразвитые или утраченные функции других модулей мозга. Особенно эффективно такое замещение происходит в сензитивные периоды детского и подросткового возраста.

Это подтверждает необходимость использования ручного труда (коллаж, пэчворк, аппликация, оригами, изготовление игрушек, кружевоплетение) в процессе социальной реабилитации. Думается, что в скором будущем у нас при работе с аутистами будет востребован значительный психотерапевтический потенциал декоративно-прикладного искусства - росписи по дереву, поскольку многократное воспроизведение повторяющихся элементов способно увлечь и гармонизировать эмоциональное состояние человека с аутизмом.

Помимо работы непосредственно с людьми, имеющими ментальную инвалидность, в Центре осуществляется большая работа с членами семьи больного человека, в частности, один раз в неделю проводится так называемый «сиблинговый день», когда двери Центра открыты, и психологи работают с братьями и сестрами людей, больных аутизмом, поскольку именно подростки наиболее остро переносят инаковость своего родственника.

В сиблинговые дни проходит консультирование родителей и ближайших родственников, организуются концерты и выставки поделок воспитанников центра, совместная деятельность родителей и детей. Задача сиблинговых дней – сформировать у членов семьи эмоциональное принятие больного человека, оказать им психологическую помощь в связи с хроническим стрессом и усталостью, обусловленными необходимостью постоянного контроля за поведением, лечением и развитием человека с аутизмом.

В Центре практикуется холдинг-терапия, то есть терапия родительскими объятиями. Суть метода заключается в том, что специально отведенное время мать берет ребенка на руки и прижимает его к себе, несмотря на сопротивление ребенка, говорит ему о своих чувствах, о своей любви, объясняет, как он ей нужен, что не хочет причинить ему вреда. Отец оказывает матери физическую и эмоциональную поддержку, обнимает их обоих. Через некоторое время страх и сопротивление ребенка уходят, появляется возможность для установления тесного эмоционального контакта. На первых сеансах присутствует психолог, который объясняет родителям происходящее во время сеанса, помогает им справиться с эмоциями.

Значительную роль в процессе социальной абилитации играет арт-терапия, еще в дошкольном отделении воспитанники Центра приобщаются к изобразительному и музыкальному искусству, а для взрослых подопечных центра работает LAND Gallery and Studio – уникальная некоммерческая программа, целью которой является обучение основным

жизненным навыкам людей с ментальной инвалидностью посредством модальности искусства. Арт-терапевт, который одновременно является менеджером Галереи, имеющий серьезную медицинскую и психологическую подготовку, регулярно устраивает выставки-распродажи произведений, тем самым предоставляя возможность заработка «особым» художникам. Следует отметить, сто их картины, коллажи, изделия из папье-маше отличаются оригинальностью и пользуются неизменным успехом у населения.

Резюмируя сказанное, отметим, что Россия имеет свой уникальный, хотя и не столь долговременный опыт социальной работы с людьми, имеющими инвалидность. У нас сложилась определенная система взглядов на эту проблему, выкристаллизовались основные направления социальной реабилитации лиц с инвалидностью, такие как: разъяснение общественности проблем, особенностей жизнедеятельности людей с инвалидностью и необходимости их социальной защиты; получение лицами с инвалидностью качественного общего и профессионального образования в массовых образовательных организациях и включение в трудовую деятельность (в зависимости от тяжести диагноза); развитие творческих способностей в досуговой деятельности; социально-психологическая реабилитация семей, в которых проживают люди с инвалидностью; активное привлечение к работе с инвалидами добровольцев; распространение уникального опыта специалистов, которые разработали эффективные методы и подходы к процессу социальной реабилитации людей с различными диагнозами, в том числе и на основе международного профессионального сотрудничества.

Список литературы:

1. *Рачковская Н.А. Дистанционное обучение лиц с особыми образовательными потребностями // Автоматизация. Современные технологии. - 2015. -№ 6. - С. 36–40.*
2. *Рачковская Н.А., Новиков Р.А. Инклюзивное образование как фактор социальной абилитации учащихся с инвалидностью: учебно-методическое пособие. – М.: ИИУ МГОУ, 2015. – 158 с*
3. *Федеральный закон «Об образовании в РФ» № 273-ФЗ от 29.12.2012 [Электронный ресурс]. – URL: http: // base.garant.ru/70291362/ (Дата обращения 27.07.2016).*

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СОЦИАЛЬНОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ – ИНВАЛИДОВ

Солодянкина О. В.*, кандидат педагогических наук, заведующий кафедрой социальной работы, доцент, Удмуртский государственный университет, г. Ижевск*

Многогранность проблемы социального сопровождения семей, воспитывающих ребенка с инвалидностью, с каждым годом становится более актуальной и значимой как в теории, так и практике.

В Федеральном законе «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» (2013) выделен новый вид социального обслуживания – социальное сопровождение.

Согласно закону, социальное сопровождение – это содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи гражданину, в том числе родителям, попечителям и иным законным представителям несовершеннолетних детей, не относящихся непосредственно к социальным услугам.

Итак, ключевым словом в определении является содействие в помощи, не относящейся к социальным услугам.

Социальное сопровождение можно представить, как совместную деятельность специалистов организаций системы социальной защиты населения, и специалистов других ведомств (медицины, образования, права, органов внутренних дел, культуры и т.д.) по удовлетворению потребностей каждого человека или членов семьи в их услугах, частности семьи, воспитывающей ребенка с инвалидностью.

Семья, воспитывающая ребенка с инвалидностью, - это семья с особым статусом, особенности и проблемы которой определяются не только личностными особенностями всех её членов и характером взаимоотношений между ними, но и большей занятостью решением проблем ребенка, закрытостью семьи для внешнего мира, дефицитом общения, частым отсутствием работы у матери, но главное - специфическим положением в семье ребёнка с инвалидностью, которое обусловлено нарушением здоровья, обусловленное заболеванием, или дефектами, и ограничениями жизнедеятельности [4].

Семья, воспитывающая ребенка с инвалидностью, характеризуется определенными признаками: ребенок, имеющий различные отклонения психического или физического плана, которые обусловливают нарушения общего развития, не позволяющие ему вести полноценную жизнь; родители испытывают нервно-психическую и физическую нагрузку, усталость, напряжение, тревогу и неуверенность в отношении будущего ребенка (это можно обозначить как нарушение временной перспективы); семейные взаимоотношения нарушаются и искажаются; социальный, материальный статус семьи снижается: возникающие проблемы не только затрагивают внутрисемейные взаимоотношения, но и приводят к изменениям в ее ближайшем окружении; проблемы ухода, лечения, обучения, социальной адаптации сопровождают семью и др.; трудности, которые постоянно испытывает семья, воспитывающая ребенка с инвалидностью, значительно отличаются от повседневных забот, которыми живет семья, воспитывающая нормально развивающегося ребенка [3].

В настоящее время в теории и практике социальной работы в основе определения сущности социального сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с инвалидностью, выделяют совокупность подходов:

1). Семейно-ориентированный подход рассматривает семью как сложную динамическую систему. В ней постоянно происходят перемены и новые события. Кроме того, семья изменяется, проходя различные стадии жизненного цикла. Тяжелая болезнь или нарушения развития одного из членов семьи становится серьезным стрессовым фактором, зачастую влияющим на жизненные циклы членов семьи. Семья входит во множество других общественных систем. Применение семейно-ориентированного подхода позволяет рассматривать семью, как целостную систему связей и отношений не только внутри системы (внутренний мир человека, семья), но и вне ее, выделяя совокупность ресурсов семьи [2].

2). Экзистенциальный подход к пониманию социальных явлений выделяет в качестве идеальной цели - формирование человека, умеющего прожить свою жизнь на основе сделанного им экзистенциального выбора, осознающего ее смысл и реализующего себя в соответствии с этим выбором. Относительно семьи, воспитывающей ребенка с инвалидностью, идеальная цель распространяется на каждого члена семьи [5].

3). Функциональный подход рассматривает сопровождение как метод, обеспечивающий семью практическими советами и помощью, как любая форма оказания клиенту помощи в отношении содержания, процесса или структуры решаемой задачи, когда сам специалист не отвечает за её решение, но помогает тем, кто несёт такую ответственность. При таком подходе социальный работник выступает как помощник в решении какой-либо задачи или проблемы.

4). Профессиональный подход сопровождение рассматривает как особую профессиональную службу, оказывающую услуги гражданам и организациям с помощью специально обученных и квалифицированных лиц, помогающим выявить социальные проблемы клиента, проанализировать их, дать рекомендации по их решению и содействовать, при необходимости, выполнению принятых решений и полученных рекомендаций [5].

5) Комплексный подход сопровождение рассматривает как органичная составляющая реабилитационного процесса, направленная на успешную социализацию, адаптацию, преодоление трудностей и на позитивные перспективы развития всех членов семьи. Комплексный подход ориентирован на всестороннюю помощь семье командой подготовленных специалистов организаций социальной защиты граждан, в зависимости от потребностей родителей, проводится консультативная, коррекционная, просветительская, информационная деятельность, позволяющая создать адекватные позитивные ценностно-ориентированные позиции у ребенка и членов семьи.

6) Технологический подход рассматривает социальное сопровождение как основную технологию современной социальной работы с семьей, воспитывающей ребенка с инвалидностью. Социальное сопровождение ориентировано на конкретный социальный случай и

рассматривается как координация помощи, направленная на решение всего комплекса имеющихся у них социальных проблем.

Социальное сопровождение случая осуществляется группой (командой) специалистов различных дисциплин - специалистом по социальной работе, психологом, врачом-инфекционистом, юристом и др., поэтому его можно назвать междисциплинарным ведением случая. Такая социальная технология отличается от традиционной модели оказания социальной помощи, предполагающей самостоятельное обращение клиента к различным специалистам, каждый из которых оказывает ему помощь, исходя из собственных профессиональных приоритетов. Традиционная модель не предусматривает активного поиска и привлечения клиентов, мотивирования их на изменение типа поведения или командной работы специалистов.

Принципы социального сопровождения: личностного центрирования сопровождения, который предполагает рассматривать личность каждого клиента как уникального в своем социальном становлении, способного самостоятельно сделать свой социальный и экзистенциальный выбор, для которого социальное сопровождение выступает в качестве средства осмысления своей жизненной ситуации; персонификации, который предполагает выбор задач и средств сопровождения, адекватных социальной ситуации каждого клиента; конвенциалъности, предполагает, что реализация задач сопровождения ограничена соглашением на его осуществление, основой которого являются потребности самого клиента; оптимистической стратегии, предполагает, что субъекты сопровождения рассматривают социализацию, адаптацию и интеграцию клиента с учетом того позитивного социального опыта, которым он владеет, при этом должно доминировать убеждение в позитивном его развитии; социального побуждения, который предполагает включение клиента в ситуации, требующие волевого усилия для преодоления негативного воздействия социума, овладения определенными способами этого преодоления, адекватных индивидуальным особенностям человека, формирования социального иммунитета, стрессоустойчивости, рефлексивной позиции.

Социальный сопровождающий видит свою задачу в том, чтобы семья, которой он помогает, смогла обходиться без этой помощи и без социального сопровождающего, что и считается основным критерием профессионального успеха.

Итак, социальное сопровождение рассматривается с разных точек зрения, но имеет общие универсальные характеристики.

Социальное сопровождение - технология межведомственного взаимодействия социальных партнеров, которая включает в себя заключение договоров о сотрудничестве, привлечение специалистов различных организаций социальной защиты граждан, использование ресурсных возможностей партнеров.

Включение механизмов реализации межведомственного сопровождения предполагает стабилизацию и последовательное

улучшение ситуации в семьях, имеющих детей с инвалидностью, их социальной поддержки и реабилитации.

Основным критерием профессионального успеха специалистов является то, что семья, которой осуществлялось социальное сопровождение, смогла бы обходиться без помощи и самостоятельно видеть и решать собственные проблемы.

Список литературы:

1. *Батлук Ю.В., Барабохина В.А., Ивашкина Ю.Ю., Суворова С.В. Организация социального обслуживания ВИЧ-инфицированных граждан и членов их семей / под ред. М.В. Жуковой. – СПб.: Изд-во СПб ГБУ «Городской информационно-методический центр «Семья», 2015. – 136 с.*
2. *Ермолаева Г.Н., Солодянкина О.В. Семейно-ориентированный подход к сопровождению родителей, воспитывающих детей с нарушением зрения // Родители детей с ограниченными возможностями здоровья – активные участники реабилитационного процесса: материалы межрегиональных реабилитационных чтений / под ред. О.В. Солодянкиной. – Ижевск: УдГУ, 2017.*
3. *Солодянкина О.В. Воспитание ребёнка с ограниченными возможностями здоровья в семье. - М.:АРКТИ, 2005*
4. *Солодянкина О.В. Стратегический подход к социально-реабилитационной работе с семьей, воспитывающей ребенка инвалида Современные подходы и технологии сопровождения детей с особыми образовательными потребностями: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием для студентов, специалистов, семей. - Пермь: ПГГПУ, 2017.*
5. *Технологии социальной работы / под ред. Е.И.Холостовой, Л.И.Кононовой. – М.: ЮРАЙТ, 2012.*

ЛИЧНОСТНАЯ УСТАНОВКА ПЕДАГОГОВ ВЫСШЕГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ К ОБУЧЕНИЮ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Тютрюмова Е. А., *преподаватель кафедры педагогики,психологии и психосоматической медицины ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г, Ижевск*

На сегодняшний день, инклюзивное образование является приоритетным направлением в государственной политике. Сейчас вопросу обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья уделяют большое внимание, но такой поход был отнюдь не всегда. Долгие годы отечественная система образования делила детей на две группы - обычные и инвалиды, обрекая их к дискриминации и невозможности обучаться наравне со всеми.

В 2003 г. Малофеев Н.Н. проанализировал эволюцию развития отношений государства и общества к инвалидам. Сначала инвалидов воспринимали, как объект лечения, закрывали их в стационаре, что полностью исключало их образование, такая модель носит название

«Больной человек». Следующий этап получил название «Недочеловек», в котором лиц с ограниченными возможностями здоровья воспринимали, как неполноценное «существо» и стремились создать для них такие условия, которые не позволяли дальнейшего взаимодействия с окружающими людьми. В какой-то момент эпохи, инвалидов стали воспринимать, как угрозу для общества, им стали приписывать сверхспособности, при помощи которых они могли наслать проклятие.

Позже появилась модель «Объект жалости», где особым людям общество пыталось создать максимально комфортные условия, которые облегчали жизнь с одной стороны, и в то же время не давали возможности развиваться с другой. В дальнейшем лица с ограниченными возможностями здоровья стали финансовой обузой для государства, данный этап получил название «Объект обременительной благотворительности». В соответствии с этим, правительство стремилось максимально урезать расходы на оказание помощи в реабилитации инвалидов, это приводило к оказанию низкокачественных образовательных услуг. Последним эволюционным этапом является модель «Развитие». Согласно данной модели, лица с ограниченными возможностями здоровья имеют те же права и привилегии, что и все остальные члены общества: право жить, право учиться, право работать в своей местности, жить в своём доме, выбирать друзей, право быть такими же, как все. На данном этапе во главу встало инклюзивное образование [4].

Пока говорить об успешности инклюзивного образования в России – рано. Имеются сложности в воплощении системы, да и сама система все еще не является совершенной. Даже опыт зарубежных коллег, где инклюзия появилась на много раньше нашего государства и имеет отличную финансовую поддержку, не является полностью положительным.

Целью инклюзии является создание безбарьерной среды, в которой бы лица с ограниченными возможностями здоровья могли бы обучаться и получить профессию. Для этого необходимо материально- техническое оснащение, создание благоприятной психологической обстановки в учебном заведении и профессиональная подготовка кадров.

Исходя из проведенных исследований по преодолению основных барьеров инклюзии, ряд авторов выделяет проблему готовности педагогов к работе со студентами, имеющими особые образовательные потребности (С.В. Алехина, М.Н. Алексеева, Е.Л. Агафонова, О.Н. Безрякова, И.С. Володина, Е.Н. Кутепова, Ж.Н. Черненкова, Л.Е. Трушталевской и.др.) [1,2].

В педагогическую готовность педагогов можно включить профессиональную (набор специальных учебно-методических материалов, знание педагогических подходов к каждой категории особых людей), и психологическую готовность (личностные установки и аттитюды по отношению к лицам с ограниченными возможностями здоровья). Для определения уровня психологической готовности преподавателей, а

именно их личностных установок по отношению к лицам с ограниченными возможностями здоровья было проведено исследование на базе ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ. На различных этапах было охвачено 100 преподавателей.

С целью определения личностных установок и аттитюдов, преподаватели проходили анонимный опрос. Результаты опросы следующие:

53% преподавателей уже имеют опыт работы со студентами с ограниченными возможностями в учебных группах;

44% преподавателей полагают, что лучше таким студентам получать образование в средне - профессиональных училищах, так как там уже имеется опыт внедрения инклюзии; 56% преподавателей считают, что студенты с ограниченными возможностями здоровья могут получать образование наравне с другими студентами на базе ИГМА;

32% готовы работать со студентами ОВЗ по индивидуальному плану; 33% не готовы работать со студентами ОВЗ по индивидуальному плану; 35% затрудняются ответить;

15% преподавателей полагают, что их профессиональной подготовки и личностных качеств достаточно для перехода на инклюзивное образование; 20% преподавателей, готовы профессионально, но не готовы психологически к инклюзивному образованию;

20% преподавателей, готовы психологически к инклюзивному образованию, но не обладают достаточным уровнем профессиональных навыков; 15% преподавателей ответили, что не готовы к работе со студентами данной категорией ни психологически, не профессионально; 30% затруднились ответить на этот вопрос.

По результатам опросника можно сделать вывод, что преподаватели Ижевской государственной медицинской академии, уже имеют некоторый опыт взаимодействия со студентами инвалидами, и считают возможным их обучение наравне со здоровыми студентами. В целом, большинство педагогов имеют позитивные личностные установки на инклюзивную систему образования.

К сожалению были педагоги, которые открыто, высказывались против инклюзивного образования в высшей школе и пропагандировали обучение студентов с особыми образовательными потребностями в СПО. Преподаватели аргументировали это тем, что средне - профессиональные училища имеют больший опыт в обучение и трудоустройстве лиц с ограниченными возможностями здоровья, чем высшая школа. Большинство преподавателей выразили свою готовность проходить повышения квалификации, необходимые для обучения студентов инвалидов, а также изменить свои личностные установки в отношении к таким учащимся. При этом для высшей школы существует ряд проблем: дальнейшего профессионального трудоустройства таких студентов с инвалидностью; недостаток материально-технического и учебно-методического обеспечения ВУЗа; психологическая поддержка

преподавателей и студентов, организация толерантной и благоприятной среды в ВУЗе [3].

Список литературы:

1. *Алехина С.В., Алексеева М.Н., Агафонова Е.Л. Готовность педагогов как основной фактор успешности инклюзивного процесса в образовании // Психологическая наука и образование. - 2011.- № 1. - С. 83.*
2. *Коновалова М.Д. Повышение квалификации педагогических работников вузов в области инклюзивного образования // Инклюзивное образование: результаты, опыт и перспективы: сборник материалов III Международной научно-практической конференции / под ред. С.В. Алехиной. – М.: МГППУ, 2015. – С. 432.*
3. *Кохан С.Т., Патеюк А.В., Антонов В.Л. Анализ отношения преподавателей Забайкальского государственного университета к инклюзивному образованию // Инклюзивные процессы в образовательных организациях высшего и среднего профессионального образования: опыт, проблемы и перспективы: сборник статей всероссийской научно-практической конференции / Под ред. Хашевой З.М., Грабчук К.М., Шаповал О.В.- Краснодар: Изд-во ЮИМ, 2017. – С. 252.*
4. *Малофеев Н.Н. Специальное образование в России и за рубежом / В 2-х частях. – М.: «Печатный двор», 1996. - С. 182.*

ПРАКТИКА СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

АНИМАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ КАК СРЕДСТВО РЕАБИЛИТАЦИИ И СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ, ИМЕЮЩИХ ОТКЛОНЕНИЯ В РАЗВИТИИ

Аргасцева Л.В., Нестерова Е.Н., *ГКУ СО «РЦДиПОВ «Виктория» городского округа Тольятти»*

Анимация, как синтез различных видов деятельности, включает в себя больше возможностей для реабилитации и социализации ребенка, чем любой другой вид арт-терапии. В анимационной реабилитационной арт-студии «Мультифрукт», организованной на базе реабилитационного центра «Виктория», воспитанники работают с такими видами искусства, как живопись, декоративно-прикладное искусство, скульптура, фотография, музыка, литература, театр, изучают компьютерные графические программы, и stop-motion (анимирование предметов). Синтез различных искусств, вызывая любопытство, позволяет воспитанникам получать новые жизненные ориентиры, настраиваться на здоровье и радость.

Создавая мультфильм, ребенок вместе с другими воспитанниками проходит весь путь от рождения идеи до титров, где он видит свое имя – имя творца. Это ценнейший опыт для ребенка-инвалида – почувствовать себя сопричастным к творчеству, в которое он вложил свой труд, эмоции.

Коллективное творчество выполняет социализирующую функцию: обучение анимации как виду киноискусства позволяет выстраивать необходимые коммуникативные отношения между разновозрастными детьми, а затем переносятся ими на другие ситуации общения, устраняя, таким образом, проявления социальной дезадаптации. При этом коррекция состояния ребенка происходит мягко, естественно и гармонично. В студии занимается 15 детей (2 подгруппы) с различными отклонениям в психо-речевом развитии и с ограниченными двигательными возможностями. Дети чувствуют себя свободно и уверенно, так как перед ними не ставится задача сделать «красиво» или «правильно». Посредством мультипликации они могут смело выражать себя и свои чувства. Сам автор одновременно может являться творцом художественного продукта и самим художественным продуктом.

Цель анимационной арт-терапии - стимуляция максимальной реализации компенсаторного потенциала мозга каждого ребенка-инвалида, независимо от тяжести его заболевания средствами обучения анимации.

Задачи, которые решаются в процессе занятий, носят комплексный характер и направленны на решение проблем психомоторного, когнитивного и речевого развития детей. Опыт создания собственного

мультфильма – это игра, позволяющая ребенку думать и говорить образами, понимать себя и окружающий мир, это диалог между внутренним миром ребенка и внешней действительностью. В течение всего реабилитационного периода с детьми проводятся занятия, в рамках которых дети знакомятся с шедеврами российской и мировой мультипликации, с творчеством выдающихся мультипликаторов, основными техниками создания мультфильма, а также сами создают мультфильмы.

Содержание программы занятий арт-студии «Мультифрукт» включает в себя несколько модулей:

Модуль 1. Организация работы студии: техника безопасности, правила и порядок поведения в мультстудии, этика творческого общения.

Модуль 2. Теория мультипликации: знакомство детей с понятием «мультипликация», историей мультипликации, с искусством сценария, знакомство с понятием «титры», «раскадровка», «Композиция кадра».

Модуль 3. Технология создания мультфильма: знакомство с разными направлениями мультипликаци, основными техниками создания мультфильмов

Модуль 4. Коллективное создание анимационного мультфильма от разработки идеи до визуального воплощения: написание сценария, распределение ролей и функций, изготовление персонажей, рисование фона, съёмка мультфильма, запись голоса, поиск музыки и шумов, монтаж мультфильма, презентация фильма, рефлексия, вручение поощрительных призов.

Занятия проводятся 2 раза в неделю в течение 9 месяцев, продолжительностью 60 мин. Между занятиями в процессе творческой деятельности проводятся динамические паузы, физкультминутки. Целесообразно проведение занятий в группах 7-8 человек, что делает возможным учет психофизических особенностей воспитанников, обеспечение индивидуального подхода к каждому.

В процессе создания мультипликационного фильма у детей развиваются сенсомоторные качества, связанные с действиями руки ребенка, обеспечивающие быстрое и точное усвоение технических приемов в различных видах деятельности, восприятие пропорций, особенностей объемной и плоской формы, характера линий, пространственных отношений; цвета, ритма, движения.

Особое внимание уделяется совместному просмотру и обсуждению фильма в соответствии с психолого-педагогическими и гигиеническими требованиями к просмотру. Мультфильмы для просмотра выбираются с учетом возрастных и интеллектуальных возможностей детей. Формирование навыков восприятия киноискусства предполагает также и выполнение разнообразных упражнений, творческих заданий, помогающих освоить язык экрана. Педагог перед просмотром дает детям конкретное задание, связанное с темой занятия. Например, обсуждение просмотренного мультфильма может идти по таким вопросам:

1. Сюжет (история): какая в мультфильме идея? Все ли тебе было понятно в мультфильме?

2. Герои: что в облике героев тебе запомнилось больше всего. Есть ли у героев в облике что-то очень особенное: «свои» движения, походка, мимика, голос?

3. Монтаж (история в движении): какие сцены тебе запомнились? Достаточно ли разнообразны монтажные планы в мультфильме?

4. Изображение: какая техника использована в мультфильме? Какие возможности этой техники использованы?

5. Звук: что тебе понравилось в звуковом оформлении мультфильма? Что ты можешь сказать о каждом из звуковых планов?

Анализ и самоанализ созданного детьми на занятиях мультфильма проходит по аналогичным вопросам. Описанные приёмы и технологии позволяют достичь поставленные цели проекта.

Каждое занятие по анимационной терапии проводят одновременно не менее двух специалистов (педагог ДОУ, воспитатель группы или психолог). Один (педагог ДОУ) работает с детьми непосредственно над созданием анимационного ролика (изготовление декораций, лепка фигур, фотографирование и т.д.), а второй (воспитатель группы) имеет возможность в процессе занятия уделить внимание каждому, откликнуться, на вызванные в процессе творчества, эмоции ребенка, поддержать в нужный момент.

Процесс создания мультфильма не требует особого индивидуального подхода к каждому, в нашем случае – это коллективный вид деятельности. На занятиях по анимационной терапии от ребенка не нужно требовать «правильные» или «красивые» рисунки. Но при этом систематически, ненавязчиво необходимо закладывать общие понятия (образ, форма, цвет и т.д.). Все занятия должны соответствовать уровню возрастных, интеллектуальных и двигательных возможностей детей и проводятся только в игровой форме, т.к. у детей с отклонениями в развитии игровая деятельность является приоритетной. Особый акцент при организации занятий делается на частой смене деятельности и использовании здоровье сберегающих технологий. Так, ручной труд (лепка, изготовление персонажей) сменяется играми на импровизацию диалогов, разыгрывание различных сценок. Такое чередование исключает быструю утомляемость, снимает психологическое напряжение.

Результаты апробации методики показали: ускорение реабилитационных процессов, оптимальное улучшение психофизиологического состояния здоровья воспитанников, повышение уровня мышления и развития мелкой моторики, информационно-коммуникативных навыков, расширение социального и эмоционального опыта каждого ребенка. Творческим результатом по внедрению анимационной терапии в реабилитационный процесс стало получение наград за участие творческих работ воспитанников (мультфильмов) во всероссийских фестивалях экранных искусств. Таким образом,

обеспечиваются реальные, равные возможности для здоровой конкуренции детей-инвалидов с обычными детьми.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНИК ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Волкова В. В., *хореограф, педагог-психолог Автономного учреждения социального обслуживания Удмуртской Республики «Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» г. Ижевск*

Танцевально-двигательная терапия - это психотерапевтическое использование танца, как процесса, способствующего интеграции эмоционального и физического состояния личности. Одна из основных проблем детей с ограниченными возможностями здоровья, с точки зрения танцевальной терапии, – это, в большинстве случаев непонимание собственного тела, поэтому целью танцевальной терапии для детей с ограниченными возможностями здоровья становится не обучение танцу как таковому, а через танец и танцевальное движение способствовать формированию функциональных двигательных, социально-психологических и духовно-нравственных новообразований, способствующих росту качества их жизни.

Общие задачи, которые решаются в танцевально-двигательной терапии для детей с ограниченными возможностями здоровья: расширение репертуара движения; повышение уровня двигательной активности; элементарное осознание возможностей использования тела; развитие умения выражать чувства и настроение; развитие коммуникативных навыков.

Основными техниками танцевально-двигательной терапии является неструктурированный и структурированный танец.

К танцевальным играм структурированным относятся те, где ведущий четко формулирует задачи, например, игры–повторялки, или игры на перестроение в пространстве. К неструктурированным танцевальным играм относятся те, в которых есть условие и инструкция, - это импровизационные игры на заданную тему. «Танцевальные игры первого раздела в основном носят подготовительную функцию и призваны разогреть тело и открыть его для движения, а также разбудить эмоции. Игры второго раздела предполагают полную свободу выражения чувств и ощущений. При конструировании танцевальной игры в танцетерапии используется метод интерпретации». Кроме того танцевальные игры, как игровой метод коррекции представляет собой не только воздействие на разные когнитивные функции, но и средство развития этих функций.

Основная направленность техник танцевально-двигательной терапии: облегчение процесса социализации; умения адекватно выражать

свое эмоциональное состояние и развитие способности определять чувства и эмоции другого человека по телесным проявлениям, развитие когнитивных процессов таких как внимание, память, воображение.

Техники танцевально-двигательной терапии могут быть как составная или дополняющая часть занятия, а также могут выстраиваться в отдельное занятие.

Структура занятия включает 3 части:

1. Разминка, куда стоит включить упражнения, которые будут использоваться в течении всего занятия.
2. Основная часть, танцевальные игры, направленные на решение поставленных задач.
3. Заключение, расслабляющие упражнения, направленные на разгрузку психики.

Основной упор на занятии сделан на танцевальную игру как диагностическое, коррекционное и развивающее действие.

Музыка является организующим элементом. Она способна вызывать самые разные чувства и расслаблять, успокаивать, бодрить и т.д. Итак, музыка в ходе занятий выполняет следующие функции - седативную, стимулирующую, катарсическую и оказывает огромное терапевтическое воздействие.

РАЗВИТИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ПОСРЕДСТВОМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕХНОЛОГИИ «САУНДБИМ»

Воскобойник О. М., *музыкальный руководитель Автономного учреждения социального обслуживания Удмуртской Республики «Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» г. Ижевск*

Проблема сложного дефекта становится все более актуальной и заставляет задумываться о том, как строить систему работы с данным контингентом. Одной из новых технологий, отвечающих перечисленным требованиям, является «Саундбим».

Тренировочно-игровой комплекс «Саундбим» (в переводе с английского «звуковой луч») - это необыкновенный бесконтактный музыкальный инструмент, снабженный высокочувствительными датчиками движения, с помощью которых даже самые маленькие движения пользователя в луче воспроизводят музыкальные фразы или звук, как будто музыкант играет на невидимом инструменте [1]. В комплект входят четыре педали основных цветов и два лучевых сенсора [2].

Возможности использования системы «Саундбим» в области реабилитации детей с различными нарушениями безграничны. Чувство независимости и контроля над происходящим является мощным

мотиватором, стимулирующим процесс развития и общения. Работа на «Саундбиме» проводится в следующих направлениях:

развитие мелкой моторики и гашение гиперкинезов;

улучшение рисунка ходьбы и закрепление правильной осанки;

развитие ощущения собственного тела в пространстве;

обучение способности слушать и концентрировать внимание; развитие мотивации;

развитие сенсорной сферы, усвоение сенсорных эталонов;

развитие слухового восприятия,

дифференциация звуков природы, голосов животных.

Использование технологии «Саундбим» на занятиях позволяет активизировать произвольное внимание ребенка, развивать зрительное и слуховое восприятие, мышление и речь ребенка.

Мы предлагаем несколько вариантов игр для развития познавательных возможностей детей с ограниченными возможностями через использование технологии «Саундбим».

Игра «Чей голосок?».

Цель: развитие слухового восприятия. Перед ребенком располагаются педали четырех основных цветов, на которых записаны голоса животных (например: утка, корова, собака и кошка). Ребенку предлагается догадаться, голосок какого животного он услышал, и подобрать соответствующую игрушку. Вариант игры: ребенок нажимает на педаль того цвета, который озвучил педагог.

Игра «Разноцветные домики».

Цель: усвоение и закрепление сенсорных эталонов цвета. Перед ребенком располагают педали четырех основных цветов и предлагают расселить игрушки по домикам, в соответствии со словесной инструкцией взрослого: «Кукла хочет жить в синем домике (ребенок показывает синюю педаль и усаживает на нее куклу), а мишка – в желтом домике. Найди желтый дом (ребенок располагает медведя на желтой педали)» и т. д. Если ребенок правильно выбрал педаль, то нажав на нее, он услышит смех или другой звук по выбору педагога.

Игра «Придумай свою сказку».

Цель: развитие связной речи. На педалях, расположенных перед ребенком, устанавливаются следующие звуки: шум дождя, звук движущегося автомобиля, пение птиц и мяуканье кота. Педагог вместе с ребенком прослушивает выбранные звуки и составляет рассказ, нажимая на педали в зависимости от его содержимого.

Игра «Прогулка в лес».

Цель: развитие слухового восприятия. Педагог беседует с ребенком о том, как изменяется природа в лесу с приходом весны, а затем и лета. Кого можно встретить в лесу? Кого можно услышать?

Далее педагог с ребенком прослушивают записанные на педалях и лучах системы «Саундбим» голоса лесных птиц и животных, звуки природы. Ребенку предлагается узнать по этим звукам того, кто их издает.

Педагог просит ребенка представить себя в лесу. Вот запели птицы, вот дятел стучит по дереву, вот пошел дождь и т. д.

Игра «Шумовой оркестр».

Цель: развитие мелкой моторики, вызвать музыкальную отзывчивость. Ребенку дают различные шумовые инструменты, имитируем шум ветра,стук дождя ,шуршание листьев. Ребенку необходимо показать изображение того инструмента, который звучал. С помощью записанных на разноцветных педалях и лучах системы «Саундбим» различных музыкальных инструментов педагог может предложить ребенку организовать свой оркестр.

Игра «Покажи, на чем играли».

Цель: дифференциация звуков музыкальных инструментов. На разноцветных педалях и лучах системы «Саундбим» записано звучание различных музыкальных инструментов. Ребенку предлагается нажать на педаль заданного педагогом цвета и попытаться угадать, какой музыкальный инструмент звучит?

Если ребенок еще не различает цвета, он может опираться на образец, предъявленный педагогом: «Нажми на педаль такого цвета, как у меня». Ребенку необходимо показать изображение того инструмента, который звучал.

Игра направлена на повышение уровня мотивации к общению, формирование коммуникативных навыков, развитие музыкальной отзывчивости. Рекомендуемая длительность занятия от15 до 30 минут. Количество занятий-15-20 на курс.

Использование технологии «Саундбим» имеет противопоказания к занятиям детей со следующими диагнозами [4]: декомпенсированный гипертензионно - гидроцефальный синдром; эписидром с частыми приступами; грубая умственная отсталость; сопутствующая соматическая патология в стадии декомпенсации; интеркуррентные инфекции.

Практическая значимость применения технологии «Саундбим» подчеркивается словами Н.Джерард, учителя музыки в г. Бристоль: «Технология «Саундбим» поможет открыть замок к потенциалу ребенка. Она дает возможность ребенку использовать любую, даже самую малую часть своих умственных и физических способностей для познания и входа в мир».

Список литературы:

1. Словарь философских терминов / науч. ред. проф. В.Г. Кузнецова. – М., ИНФРА-М, 2007.

2. Саундбим 5-музыкальный луч: Руководство пользователя. - М., 2012.

3. Козырева В.П. Использование новых технологий на музыкальных занятиях с детьми, имеющими интеллектуальные нарушения. Логопедия сегодня. – 2008. № 2

4. Методические рекомендации компании РЕХАБ ЭНД МЕДИКАЛ по использовании системы «Саундбим» / под ред. В.А. Бубнова, О.В.Степанченко. – М., 1998.

ТАНЦЕ-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ПРАКТИКЕ СТУДИИ ТАНЦА «БРОДВЕЙ-ИНКЛЮЗИВ»

Дмитриева Ж. В., *руководитель студии танца «Бродвей-инклюзив», заместитель президента благотворительного фонда «Подари ЗАВТРА!», г. Ижевск*

С давних пор танцевально-двигательная терапия применялась к людям с проблемами в развитии и в здоровье. Движения в любой форме, адекватные физиологическим возможностям детей, всегда выступали как оздоровительный фактор - этим можно объяснить высокую эффективность танцевальной терапии. Потребность в движениях составляет одну из основных физиологических особенностей детского организма, и дети-инвалиды здесь не исключение. Актуализация и закрепление любых телесных навыков предполагают востребованность таких психических функций, как, например, эмоции, восприятие, внимание, память, процессы саморегуляции – и это возводит занятие танцами в ранг терапевтических и коррекционных методик.

Студия танца «Бродвей-инклюзив», куда входят дети и молодые люди до 30 лет, существует уже более пяти лет.

Работа танцевальных инклюзивных групп направлена на улучшение эмоционального состояния детей с ограниченными возможностями здоровья, на развитие коммуникативных навыков, социального интеллекта, выявление двигательного потенциала и его развитие, а в целом, на более качественную адаптацию ребёнка в окружающем мире.

Основная идея, осуществляемая в студии «Бродвей-инклюзив», созвучна цели, которую ставят перед собой специалисты, профессионально занимающиеся танцевальной терапией. Она заключается в том, чтобы ребёнок мог выразить свои эмоции через танец, вытанцевать своё настроение, ощущения.

Танцевально-двигательная терапия – междисциплинарная область. Она существует на стыке психотерапии и танцевального искусства. Официальное определение Американской ассоциации танцевально - двигательной терапии гласит: «Танцевально-двигательная терапия – это вид психотерапии, который использует движение для развития социальной, когнитивной, эмоциональной и физической жизни человека».

Обучение танцам детей с ОВЗ в инклюзивных группах, так же, как и любое другое обучение, предполагает использование соответствующих методик, подходов и приёмов.

Эффективно работает методика свободного стиля, импровизации на заданную тему. Занятия по импровизации направлены на овладение ребенком-инвалидом своим телом, положением его в пространстве, позволяет включить воображение и выразить свои чувства.

Практически на каждом занятии (за исключением первых 3-5 занятий на начальном этапе формирования группы) детям даётся

возможность работать в свободном стиле (танцуем что хотим). При этом объявляется, что самые интересные и оригинальные элементы их танцев будут использованы в общих танцевальных занятиях для всех участников инклюзивного коллектива. В этом случае ребёнок ощущает себя значимым, формируется мотивация на успех, опора на естественный процесс саморазвития задатков и творческого потенциала личности, сопричастности к общему делу.

При разучивании движений, составляющих танцевальную композицию, хорошо работает метод ассоциаций. Причём, чем нестандартней ассоциация, тем быстрее идёт процесс запоминания. Смысловая нагрузка активизирует работу мозга, включает воображение, стимулирует работу логической (смысловой) и механической памяти. Однажды разучивали композицию, исполняемую в парах. Дети должны были выполнить движение руками, а потом, взявшись за руки, закружиться. Запоминание давалось непросто, особенно парам, где один из детей «колясочник». Экспромтом родилась ассоциация: «Ловим слона, во-о-от такого, за во-о-от такую талию, за правую ногу, за левую ногу, а теперь берём рукой за хобот и раскручиваем». С тех пор этот приём так и называется: «Ловим слона».

На примере существования инклюзивного коллектива показательным выглядит тот факт, как каждый ребёнок без принуждения, с применением игровых методик включается в процесс поддержки другого, исходя из особенностей его развития.

Особенно, очевидно проявление партнерства в случае наличия в танцевальном коллективе слепого ребенка или ребенка с нарушением опорно-двигательного аппарата. Так наступает момент, когда мама, сопровождающая ребёнка в танце (как правило, она держит его за запястья и помогает ориентироваться в пространстве) передаёт своего ребёнка волонтёру, а потом волонтёр – партнёру по танцу. Ребёнок со сложными нарушениями двигательных функций становится центральной фигурой танцевальной композиции. И в этих случаях можно наблюдать, как на протяжении занятий эмоциональный фон ребёнка с ограниченными возможностями динамично меняется в сторону положительных эмоций: от растерянности и испуга к любопытству и искренней радости.

Во время занятий танцами между руководителем и каждым ребёнком всегда присутствует диалог. Дети, работая в парах между собой в свободном стиле, самостоятельно договариваются о том, как будет выглядеть их совместная композиция, при этом активно учатся не только красиво двигаться под музыку, но и выстраивать качественные коммуникационные связи друг с другом.

Результаты деятельности «Бродвей-инклюзив» впечатляют.

Дети, имевшие ранее очень ограниченный опыт общения с социумом, испытывавшие сильнейший стресс при общении с незнакомыми людьми, спустя 3-4 занятия начинают работать в группе.

Дети с ментальными нарушениями показывают хорошую динамику развития когнитивных функций: улучшается память и внимание.

У детей с речевыми нарушениями происходит резкий скачок речевого развития, а у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, наблюдаются значительные улучшения двигательных навыков, снижается мышечный гипертонус.

Таким образом, танце - двигательная терапия может являться эффективным методом в коррекции эмоциональных, двигательных, когнитивных нарушения. Использование танце-двигательной терапии в в работе инклюзивных коллективов способствует достижению наибольших результатов у детей с ОВЗ.

СОЦИАЛЬНАЯ ПРАКТИКА НАСТАВНИЧЕСТВА ДЛЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ – ПРОЕКТ «МОСТ ДОВЕРИЯ»

Долгих И. Е., *ОГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», г.Белгород*

Актуальность выбора социальной практики наставничества для внедрения в рамках проекта «Мост доверия» обусловлена низкой степенью интеграции детей-инвалидов неврологического и травматолого-ортопедического профиля с двигательными нарушениями в социальное пространство Белгородской области. Данная категория детей – постоянные пациенты реабилитационного центра, на базе которого организован проект.

Проект «Мост доверия» в 2017 году стал победителем конкурсного отбора инновационных социальных проектов и получил грантовую помощь Фонда поддержки детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в объеме 1,5 млн рублей на 2018-2019 годы. Очевидна его преемственность с успешно созданной в 2014 году школой тьюторской практики. Мониторинг и диагностика показали: дети с ограниченной подвижностью практически не имеют возможности общения с значимыми взрослыми за исключением родственных связей, 60% из них находятся на домашнем обучении. Выбор целевой группы детей и целевой группы семей с детьми, нуждающимися в помощи, с использованием социальной практики наставничества вызван необходимостью развития новых контактов детей-инвалидов с яркими и позитивными наставниками молодого возраста (20-30 лет), добившимися успешных результатов в той или иной сфере деятельности и желающими поделиться жизненным опытом, содействовать в выборе будущей профессии, социально-бытовой адаптации, развитии способностей детей в творчестве и спорте.

В настоящее время проект находится в стадии реализации и решает ряд задач, среди которых: 1) создание информационно-консультационной

и методической базы для организации социальной практики наставничества в работе с детьми-инвалидами и детьми с ограниченными возможностями здоровья; 2) разработка и внедрение новых технологий и форм взаимодействия с волонтерами для отбора, обучения и подготовки их к деятельности в статусе наставников детей с ограниченными возможностями здоровья; 3) организация совместной деятельности наставников и детей-инвалидов по наиболее значимым направлениям работы: психолого-педагогическому, логопедическому, лечебная физкультура, досугово-творческому; 4) профессиональное систематическое сопровождение взаимодействия пар «ребенок – наставник»; 5) развитие кадрового потенциала специалистов реабилитационного центра для повышения качества социальной практики наставничества в работе с детьми-инвалидами и детьми с ограниченными возможностями здоровья; 6) распространение результативного опыта социальной практики наставничества.

Среди внешних угроз в организации практики наставничества наиболее остро проявляет себя дефицит личного времени волонтера, которое участник проекта может использовать на полноценное освоение предлагаемых компетенций по взаимодействию с детьми-инвалидами и возникающие сомнения в собственных силах, однако компенсировать влияние этой угрозы поможет индивидуальная работа специалистов центра с каждым из предполагаемых участников проекта. Среди внутренних слабых сторон проекта в настоящее время можно выделить отсутствие опыта в отборе волонтеров для реализации новой социальной практики. Для решения этой проблемы разработана комплексная программа диагностики лиц, изъявивших желание включиться во взаимодействие в качестве наставников детей-инвалидов.

Главный интегральный эффект реализации проекта состоит в создании в Белгородской области инновационной модели взаимодействия «специалисты реабилитационного центра → добровольцы - наставники → дети - инвалиды неврологического профиля с двигательными нарушениями». В проект вовлечены 25 семей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья (в возрасте от 10 до 18 лет), ранее проходивших реабилитацию в центре. Реализация проекта в Белгородской области помимо достижения главных эффектов и задач позволит разработать и распространить рекомендации для реабилитационных учреждений, осуществляющих подобную социальную практику; поддержать и укрепить веру родителей детей-инвалидов в заинтересованность волонтеров, государственных и негосударственных служб области в их проблемах; изменить пассивную позицию многих специалистов, родителей и руководителей учреждений на заинтересованную и деятельную.

Одной из финальных точек проекта станет проведение в 2019 году регионального фестиваля «Путь к успеху», в ходе которого состоится презентация результатов работы пар «наставник – ребенок», обмен опытом

взаимодействия наставников с детьми, проведение специалистами центра психологических тренингов (для группы наставников и группы детей-участников), семейной лотереи, фуршета, творческих мастер-классов.

СОЦИАЛЬНО-БЫТОВАЯ ОРИЕНТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В СЮЖЕТНО-РОЛЕВОЙ ИГРЕ

Катаева В. Н., *воспитатель Государственного казенного учреждения социального обслуживания Удмуртской Республики "Глазовский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями", Глазов*

Дошкольное детство - самый важный период становления личности. В эти годы дети, в том числе и дети с ограниченными возможностями, приобретают первоначальные знания об окружающей жизни. Начинает формироваться определённое отношение к людям, к труду, вырабатываются навыки и привычки правильного поведения, складывается характер. Основной вид деятельности детей дошкольного возраста - игра, в ней развиваются духовные и физические силы ребёнка, его внимание, память, воображение, дисциплинированность, ловкость. Кроме того, игра - это своеобразный, свойственный дошкольному возрасту способ усвоения общественного опыта

В настоящее время в Глазовский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями на курс реабилитации поступают дети дошкольного возраста в сопровождении родителей. Для повышения эффективности коррекционно-воспитательной работы, коррекции и компенсации разнообразных дефектов детей возникла необходимость в создании комнаты игрового развития и поддержки.

Одним из направлений игрового развития является социально-бытовая ориентация детей с ограниченными возможностями. Этому способствуют сюжетно-ролевые игры, играя в которые, дети учатся коммуникабельности, умению проявлять свои способности, осваивают навыки самообслуживания, знакомятся с профессиями, предметами и оборудованием разнообразных профессий, развивают речь, память, внимание, воображение, расширяют свой кругозор.

В комнате игрового развития и поддержки достаточный ассортимент игр и игрушек для детей как дошкольного, так и младшего школьного возраста, обеспечивающий возможность одновременного участия в игре всех детей и развертывания ими разнообразных сюжетно-ролевых игр.

Важным элементом, без которого невозможно проведение игры, является игровое действие. Большинство детей с ограниченными возможностями самостоятельно им не владеют. В связи с этим в процесс обучения входит система обучающих игр, которые направлены на формирование предметных действий, предметно-игровых действий, цепочки действий, действий с предметами-заместителями, с

изображениями предметов и воображаемыми предметами. Во время обучения детей игровым действиям учитываются возрастные особенности, уровень умственного развития, степень заболевания и реабилитационный потенциал каждого.

С детьми, имеющими низкий реабилитационный потенциал, широко используются такие приёмы, как совместные действия ребенка и взрослого, выполнение ребенком действий по подражанию. Формируются простейшие условия с сюжетными игрушками. На начальных этапах главные роли в игре выполняются воспитателем, который выступает в роли «Врача», «Продавца». Детям даются указания в разных формах, например, указания в прямой форме: «Савелий, иди в кассу. Оплати покупку». Указания в форме конкретных или общих вопросов, например: «Марина, твоя дочка хочет спать? Что надо сделать?» или «Юля, почему твоя дочка плачет?». При повторной игре ребёнок выполняет главные роли, а воспитатель выбирает второстепенные. К игре привлекаются и родители, сопровождающие детей на курсе реабилитации.

С детьми, имеющими средний реабилитационный потенциал, показ игры включает две и более смысловые ситуации, связанные друг с другом. Например, воспитателем варится суп на игрушечной плите, а затем угощаются куклы; стирается кукольное платье в игрушечном тазике, а затем гладится утюгом и т. п. Все эти сюжеты включают в себя действия, уже известные детям, которые они неоднократно наблюдали в реальной жизни. В последующем, наряду с сюжетными игрушками, вводятся в совместную игру предметы-заместители (например, палочка вместо градусника, кирпичик вместо мыла), что способствует развитию воображения.

Важно, чтобы игровые действия дети сопровождали мимикой, речью, жестами. Для этого воспитателем дается краткий словесный отчет в ходе совместной игры, с точными названиями предметов, их назначением и выполняемыми детьми действиями. При систематической работе в дальнейшем дети сами способны рассказать о содержании игровой деятельности, что способствует развитию монологической речи и памяти.

Дети с ограниченными возможностями, особенно мальчики, любят использовать в сюжетно-ролевых играх строительный материал (кубы, бруски, пластины), различные конструкторы. Разнообразно располагая детали конструктора, они строят дороги для машин, мосты, зоопарк для животных, дома для кукол, что не только обогащает их жизненный опыт, но и развивает умение взаимодействовать и ладить друг с другом в совместной деятельности.

Каждая игра должна доставлять ребенку удовольствие и радость, поэтому в комнате игрового развития и поддержки создана комфортная предметная и благоприятная социальная среда. Игры проходят легко, весело, без упреков в адрес ребенка и нравоучений. Это позволяет детям раскрыться, почувствовать себя уверенно в новой обстановке.

Большую роль в формировании игровой деятельности у детей является семья. Специалисты центра знакомят родителей с методиками сюжетно-ролевых игр, проводят показ игровых действий, даются рекомендации.

Наблюдение за игрой детей, повторно приезжающих на курс реабилитации, говорит о том, что ребенок выходит из своего замкнутого мира. У него формируется положительное эмоциональное отношение к жизни и желание участвовать в совместной деятельности с другими детьми. Например, Никита (7 лет). При первом посещении было выявлено, что на контакт он шел с трудом, с детьми не общался. После нескольких занятий мальчик научился играть в уголке со строительным материалом. В совместной игре ребенок освоил названия строительного материала, в последующем стал самостоятельно играть, закрепил названия домашних и диких животных. Улучшилась речь мальчика, стал принимать в игру других детей.

РАЗВИТИЕ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ НА ЗАНЯТИЯХ В ТВОРЧЕСКОЙ МАСТЕРСКОЙ «МЯГКАЯ ИГРУШКА»

***Князева В. А.**, воспитатель Государственного казенного учреждения социального обслуживания Удмуртской Республики "Глазовский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями", Глазов*

Выдающийся педагог В. А. Сухомлинский отмечал: «Истоки способностей и дарований детей находятся на кончиках пальцев. От пальцев, образно говоря, идут тончайшие ручейки, которые питают источник творческой мысли». Это не просто красивые слова: в них содержится объяснения того, каким образом развивается ребёнок. Огромное количество нервных окончаний расположено именно в руке и на языке. Отсюда информация постоянно передается в мозг ребенка, где она сопоставляется с данными зрительных, слуховых и обонятельных рецепторов.

Мелкая моторика взаимосвязана с мышлением, наблюдательностью, вниманием, речью, воображением, оптико-пространственным восприятием, координацией, зрительной и подвижной памятью. Развитие ловкости рук и пальцев необходимо для того, чтобы писать, одеваться, рисовать, играть на музыкальном инструменте и т.д. На протяжении всей жизни ребенок нуждается в использовании точных и координированных движениях кистей и пальцев.

На занятиях в творческой мастерской «Мягкая игрушка» созданы условия для развития мелкой моторики рук детей с ограниченными возможностями.

С целью создания коррекционно-воспитательной среды для развития трудовых навыков был разработан Социально-педагогический проект

«Игрушки своими руками». На основе данного проекта создана Рабочая программа «Мелкий ремонт одежды». На занятиях у ребёнка формируются такие практические навыки, как умение пришить пуговицу, заштопать разорвавшийся шов, выполнить несложный ремонт одежды. Занятия с детьми организуются как в подгруппах, так и индивидуально. Расширение групп нежелательно, так как это затрудняет осуществление индивидуального подхода к детям. Занятия продолжаются 25-30 минут. Однако при их организации должны быть учтены индивидуальные возможности детей и оптимальные физические нагрузки.

Более всего дорога и любима ребенку игрушка, выполненная своими руками, потому что она не только результат труда, но и творчества ребенка. Игрушка всегда являлась и является спутником ребенка, его другом. Она воспитывает его чувства, его интерес к познанию, пробуждает мысль, будит фантазию. Каждый ребенок в процессе работы привносит в нее свою выдумку: по-своему пришивает голову, делает прическу, выбирает размер и цвет глаз. Многие игрушки сшиты по готовой выкройке, но каждая из этих игрушек своеобразна: от выбора материала, посадки головы, размера глаз, места их размещения зависит характер игрушечного зверька или человечка, его индивидуальность. И пусть глаза этой игрушки немного косые и разного размера, но для ребенка они самые красивые и забавные. Он вложил в эту игрушку свою душу, старание, терпение. Умение что-нибудь сделать самому позволяет ребёнку чувствовать себя увереннее, избавляет от ощущения беспомощности в окружающем его мире. Вера в себя, уверенность в своих силах – необходимое условие для того, чтобы ребёнок был по-настоящему счастлив.

Вставляя нитку в иголку, завязывая узелок, упражняясь в выполнении рабочих швов: «вперёд иголку», «назад иголку» - ребёнок тренирует четкие, координированные движения рук, у него развивается глазомер. Всё это поможет детям в освоении красивого, аккуратного письма в школе. Кроме того, обучаясь рабочим швам, дети проговаривают, как делать тот или иной шов, как соединить детали игрушки. Вместе с развитием мелкой моторики рук активизируется речь ребёнка. Тренировка кисти руки и пальцев развивает психические процессы у детей: внимание, память, мышление, воображение. Дети внимательно слушают воспитателя для того, чтобы узнать, как шить игрушку, как кроить, как выполнять тот ли иной шов, как пришивать пуговицы, глаза, рот, нос игрушке. Внимание развивается и при самостоятельном шитье ребенком игрушки, он старается быть аккуратным, чтобы игрушка была красивой и радовала всех.

Когда ребёнок шьет, у него тренируется память. Он вспоминает объяснение и показ воспитателя, действует в соответствии с ними. У ребенка развивается мышление: он думает, размышляет, как лучше пришить голову, мелкие детали, какую ткань использовать, как сделать выкройку для этой игрушки, делает выводы, умозаключения. Развивается воображение ребёнка: он представляет себе игрушку, которую он сошьет.

Делая выкройку, ребёнок учится владеть разнообразными принадлежностями и инструментами: ножницами, карандашом, лекалами, линейкой. Знакомясь с тканями, ребёнок ощупывает каждую ткань, определяет свойства ткани, у него развиваются мышечные ощущения, которые помогают решить, подойдёт ткань для той или иной игрушки или нет. Для детей ткань - доступный и легко поддающийся обработке материал. Изготовление изделий из ткани способствует развитию мышц кистей рук, умение грамотно подбирать сочетания цветов ткани, форм и размеров комплектующих изделий деталей, способствует эстетическому развитию детей.

Старание, терпение, аккуратность, сила воли, умение доводить начатое дело до конца, желание достичь высоких результатов - эти качества, сформированные при шитье детьми игрушки, помогут детям в будущем добиться успехов в профессиональной деятельности.

У детей после занятий в творческих мастерских, в том числе в творческой мастерской «Мягкая игрушка», намного лучше развивается мелкая мускулатура рук, они становятся более усидчивыми и внимательными, учатся преодолевать трудности. У детей активизируются многие мыслительные процессы: обобщение, сравнение, анализ, синтез, абстрагирование. Следовательно, они в последующем умеют делать выводы, умозаключения. У них точны и скоординированы движения пальцев рук, развит глазомер, сформирован интерес к процессу обучения, они любознательны, активны, самостоятельны, инициативны.

РАБОТА ВОЛОНТЕРОВ С ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА «АДЕЛИ»

Кузнецова Л. С., *заведующая отделением дневного пребывания Автономного учреждения социального обслуживания Удмуртской Республики «Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» г. Ижевск*

В мире нет одинаковых людей. Мы все очень разные. Но каждому человеку хочется, чтобы его понимали, принимали таким, какой он есть. Общение является одним из важных моментов в жизни человека. В общении раскрывается его внутренний мир, индивидуальные особенности, проявляется характер, культура, интеллект. В результате общения с другими людьми человек становится личностью. Это особенно важно для детей и подростков с ограниченными возможностями, которые в силу заболевания имеют ограниченный круг общения, у которых каждый день похож друг на друга. Ребенок и его мама оказываются в условиях некой «социальной изоляции», учась проживать новую жизнь, не унывать и верить в то, что все будет хорошо.

Ежедневно в нашем Реабилитационном центре «Адели» проходят курс реабилитации 135 детей - инвалидов с поражением центральной нервной системы, опорно-двигательного аппарата и другими патологиями в возрасте от 6 месяцев до 18-ти лет со всей Удмуртии. Большинство из этих детей находятся в трудной жизненной ситуации. В Центре создана модель комплексной реабилитации, объединяющая все современные эффективные подходы социально направленные на становление личности, раскрытие потенциальных возможностей и способностей каждого ребенка.

Чтобы сделать реабилитационный центр зоной комфортного пребывания и личностного роста каждого ребенка, специалистами накоплен большой опыт, технологии и методы работы.

Одним из значимых направлений работы в Реабилитационном центре является волонтерская деятельность, включающая такую составляющую, как работа со средой (социальным окружением), в которую интегрируется ребенок.

Помогая детям с ограниченными возможностями, волонтеры могут почувствовать себя нужными, способными нести добро, переживать свое живое участие в строительстве социальной жизни. И это толкает их к более активной работе над собой, активности во всех сферах жизнедеятельности, становится источником саморазвития.

Ведь одним из смыслов волонтерской деятельности является развитие личности самого волонтера. Личный вклад в озарение чужой жизни светом общения, любви или сочувствия делает волонтера соучастником «подлинного бытия», позволяет ему свою жизнь наполнить смыслом [1]. Это особенно ценно для медицинских и педагогических вузов, где обучаются будущие врачи и учителя и с волонтерскими отрядами, которых сотрудничает Центр.

Целевым ориентиром для студентов - волонтеров служит положение - уйти от опеки над детьми и создать необходимые условия для развития личности ребенка: его мышления, воображения, находчивости и чувства юмора; формирование здорового образа жизни и мотивов социальной деятельности.

В систему коррекционной работы с ребенком, проходящим реабилитацию в центре, и его семьей входят, помимо групповых и индивидуальных занятий педагогов, психологов, логопедов и других специалистов, также различные виды досуговых мероприятий, в организации которых принимают активное участие волонтеры.

В каждом заезде волонтеры привлекаются к участию в игровых и конкурсных программах. Радость движения сочетается с духовным обогащением. Ребёнок очень рад минутам, подаренным ему волонтерами в игре. Общение в игре не бывает бесплодно для ребенка. Чем больше выпадает минут в обществе, тем больше набор социальных практик, из которых складывается личный опыт детей.

Успешно используются такие формы взаимодействия как беседы, выставки, праздники и развлечения, целевые прогулки и экскурсии.

Одним из значимых направлений совместной деятельности волонтеров и специалистов учреждения является новый проект, реализуемый в центре «Золотые нити».

Идея проекта заключается в вовлечении детей в совместную деятельность и общение через создание мини-музеев.

Известно, что приобщение детей к культурно-историческому наследию своего края, ознакомление с его природой и бережным к ней отношением, является средством формирования культурной личности ребенка, помогает заложить нравственные основы, которые делают детей более устойчивыми к нежелательным влияниям, учат их правилам общения и умению жить среди людей.

Целенаправленное ознакомление ребенка с родным краем – это составная часть формирования у него патриотизма.

Ведь чувство Родины ребенка связывается с местом, где он родился и живет. Понимание Родины ребенком тесно связано с конкретными представлениями о том, что ему близко и дорого, с любовью к родным, своему дому, улице, окружающей природе. Чтобы воспитать у ребенка любовь к родному краю, сначала нужно научить ребенка быть добрым, ответственным и неравнодушным. Нужно пробудить в нем чувство привязанности к чему-либо. Но, прежде, необходимо научить ребенка видеть красоту, которая окружает его. Ребенок, не любящий природу, не сможет полюбить Родину [1].

Успешность развития детей при знакомстве с родным краем возможна только при условии активного взаимодействия с окружающим миром эмоционально практическим путем, т. е. через игру, предметную деятельность, общение, труд, обучение, разные виды деятельности, свойственные определенному возрасту, что и было реализовано методом проекта по созданию мини-музея. Благодаря реализации проекта в нашем реабилитационном Центре созданы такие условия, в которых дети смогут максимально самореализоваться, то есть установить собственные отношения с обществом, историей, культурой, что является одной из основных задач воспитательного процесса.

При реализации цели проекта решаются следующие задачи:

1) воспитание у детей любви и привязанности к своей семье, дому, реабилитационному центру, улице, городу;

2) развитие у детей интереса к истории родного края, его достопримечательностям, обычаям и традициям народов, проживающих в республике и воспитание уважительного отношения к традициям и обычаям других народов;

3) воспитание у детей бережного отношения к природе родного края, развитие способности чувствовать красоту природы и эмоционально откликаться на нее;

4) содействие становлению желания принимать участие в традиционных мероприятиях и социальных акциях города и республики;

5) обогащение предметно-развивающей среды, расширение кругозора, развитие познавательных способностей и формирование проектно-исследовательских умений и навыков, формирование активной жизненной позиции;

6) содействие повышению активности родителей как социальных партнеров в воспитании у ребенка любви к родному краю.

Данные задачи решаются во всех видах детской деятельности: на занятиях, в играх, в труде, в быту, так как воспитывается в ребенке не только любовь к родному краю, но и формируются его взаимоотношения со взрослыми и сверстниками. И в этот момент на выручку приходят волонтеры, как неиссякаемый источник энергии. Они активно включаются в работу, организуют культурно-досуговые, просветительские мероприятия, экскурсии, творческие мастерские, проводят познавательные и развлекательные игры. Веселые хороводные и имитационные игры, игры с игрушками, игры с элементами ряженья и театрализованные игры, сюжетные игры поднимают настроение, сближают детей, способствуют развитию активности, самостоятельности, коммуникативности, развитию воображения, творчества и эстетического вкуса, расширяют кругозор.

Проект рассчитан на детей от 6 лет и их родителей, срок реализации –1 год.

Проект построен с учетом индивидуальных особенностей детей и содержания деятельности Реабилитационного центра, с опорой на комплексно-тематический принцип организации процесса.

В качестве реального механизма повышения результативности работы в проекте выступила идея развертывания социального партнерства, субъектами которого являются дети, родители, волонтеры и специалисты центра.

Настроение детей и родителей по окончанию курса реабилитации позволяет судить о значительной пользе такой волонтерской работы. Пользе обоюдной – как для самого волонтера, так и для учреждения и его воспитанников. Пользе, которая во многом обусловлена именно тем, что этот труд носит добровольный и безвозмездный характер, что является значимым фактором.

Волонтерская работа может и имеет все основания стать неотъемлемой частью психологической реабилитации и социализации детей с ограниченными возможностями здоровья, приносящей гораздо более ощутимые результаты, нежели применение исключительно традиционных методов.

Список литературы:

1. *Кривцова Л. Н. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями: социокультурные аспекты. – М., 2000.*

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В ПРЕОДОЛЕНИИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Ломаева И. С., *заведующий психолого-педагогическим отделением Автономного учреждения социального обслуживания Удмуртской Республики «Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» г. Ижевск*

В настоящее время большое внимание уделяется вопросам реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья. В связи с этим, внедрение инновационных коррекционно-развивающих технологий приобретает первостепенное значение. Одним из эффективных методов коррекции, использующим резервные возможности организма, является метод биологической обратной связи.

История не знает такой эпохи, когда человек не был бы озабочен состоянием своего здоровья. Из года в год изобретались всё новые методики лечения, всё более сильные лекарства. Человечество искало панацею от старости и болезней. Но со временем, в погоне за инновациями, люди разучились «слушать» своё тело и полностью переключились на искусственные методы лечения, зачастую приносящие организму больше вреда, чем пользы. Учёные изобрели ряд приборов, призванных дать людям возможность «услышать» свой организм. Принцип их действия основан на безмедикаментозном лечении и носит название биологическая обратная связь [2].

В реабилитационном центре «Адели» по методу биологической обратной связи активно используется комплекс БОС-логотерапевтический с целью формирования, совершенствования и коррекции речи, улучшения функционального состояния у детей с ограниченными возможностями здоровья.

С октября 2011 года по сентябрь 2018 года в Реабилитационном центре «Адели» занятия по методу БОС- логотерапевтический посетили 354 ребенка с ОВЗ. В эту группу вошли дети, имеющие различные речевые нарушения и сохранный интеллект.

Достоинство метода заключается в том, что ребенок в виде доступных ему световых или звуковых сигналов видит и слышит, как работает тренируемая функция организма. Комплекс состоит из преобразователя сигналов, датчика, который фиксирует повышение и понижение пульса на вдохе и выдохе и датчика дыхания. Световая обратная связь представлена в виде игры, которая продолжается пока ребенок удерживает нужный уровень дыхания. На вдохе столбик поднимается вверх, при выдохе опускается вниз. Звуковая обратная связь в виде тонального звукового сигнала усиливается при вдохе, ослабевает при выдохе. Таким образом, замыкается цепочка обратной связи. Далее в течение курса регулярно проводимых занятий у ребенка на условно-

рефлекторном уровне закрепляется формируемый навык. Он особенно эффективен при постановке речевого дыхания, на этапе автоматизации звуков (при дислалии, дизартрии, ринолалии, алалии), в коррекции заикания, нарушений голоса, нарушений темпа речи, речевой тревоге.

Для определения физиологических пределов организма ребенка устанавливаются так называемые пороги. В программе пороги обозначены двумя линиями: красная линия представляет верхний, зелёная – нижний порог.

В процессе занятий важно научить ребенка длительному выдоху до достижения нижнего порога. Пороги не должны облегчать или усложнять процесс тренировки, они всегда адекватны возможностям пациента.

В фазу выдоха под контролем показаний комплекса БОС ребенок обучается новым навыкам голосообразования, артикуляции речи и поведения, формируя новое функциональное состояние, вырабатывая новый дыхательный стереотип.

После завершения занятия компьютер оценивает эффективность проведённого сеанса, заносит данные в личную карточку пациента и строит графики. После каждого занятия логопед проводит сравнительный анализ работы и планирует последующие задачи по развитию речи.

Использование метода БОС в коррекционно-развивающей работе позволяет улучшить общее звучание речи у детей; значительно устранить тревожные и невротические состояния; речевую неуверенность; улучшить показатели нарушенных речевых функций; сократить частоту нарушений темпоритмической организации речи, обусловленной судорожным состоянием мышц речевого аппарата [1].

Таким образом, после проведенных курсов по коррекции речевых нарушений на комплексе БОС- логотерапевтический 92% детей овладели навыком диафрагмально-релаксационного типа дыхания. На фоне такого дыхания быстрее и качественнее проходила постановка и автоматизация звуков. У многих детей обогатился пассивный и активный словарный запас. Все дети, посещавшие занятия на комплексе, стали более уверенно произносить слова и предложения.

Необходимо отметить, что эффективность использования метода в комплексе реабилитационных мероприятий будет выше, если использовать одновременно с физиотерапией, лечебной физкультурой, водными и закаливающими процедурами, логопедическим массажем, логопедическими занятиями, логопедической ритмикой.

Список литературы:

1.Вовк О.Н., Павлова Л.Н., Теречева М.Н., Черемных Н.И. Учебно-методическое пособие по применению логотерапевтического компьютерного комплекса для коррекции речи методом биологической обратной связи.- СПб., 2004.

2.Сметанкин А.А. Дыхание по Сметанкину. - СПб: Биосвязь, 2007.

РОЛЬ И МЕСТО ОРИЕНТИРОВКИ В ПРОСТРАНСТВЕ В СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ЛИЦ С ГЛУБОКИМ НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

Любимов А. А., *кандидат педагогических наук, научный сотрудник ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования», г.Москва*
Любимова М. П., *научный сотрудник ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования», г.Москва*

Пространственная ориентировка инвалидов по зрению является важной составляющей социальной адаптации и интеграции слепых и слабовидящих в открытое общество. Это отмечают все тифлологи, освещающие вопросы коррекционной и реабилитационной работы с инвалидами по зрению. Умение лиц с глубоким нарушением зрения ориентироваться в пространстве - необходимое условие их самостоятельности и социальной интеграции.

Рядом авторов (Азарян Р.Н., Денискина В.З., Кручинин В.А., Растомашвили Л.Н., Сековец Л.С., Семёнов Л.А., Шведова Н.П. и др.) обучение пространственной ориентировке рассматривается как важный элемент занятий физической культурой. Эти авторы констатируют, что точность движений, координация и правильное выполнение упражнений возможны лишь при сформированных пространственных представлениях. Формирование схемы тела и пространственных представлений происходит на коррекционных занятиях по ориентировке в пространстве. Уроки физической культуры закрепляют сформированные представления и на их основе совершенствуют координацию движений, мышечный каркас и т.д., что в свою очередь, придаёт уверенность слепому в освоении окружающего пространства.

Помимо важности обучения пространственной ориентировке для физического воспитания детей с нарушением зрения отмечается необходимость умения ориентироваться в пространстве при освоении других коррекционных предметов – «Социально-бытовая ориентировка», «Развитие зрительного восприятия», «Мимика и пантомимика». Необходимость формирования пространственных представлений на перечисленных выше коррекционных занятиях подчёркивали Л.Н. Галкина, С.Г. Генкина, В.С. Гинзбург, А.М. Жихарев, Н.Г. Осокина и др.

При развитии восприятия пространства необходимо усвоить понятия направлений «справа», «слева», «сверху», «снизу» и др., которые являются базовыми понятиями пространственной ориентировки, в равной степени необходимыми как для выполнения доступных бытовых действий и занятий, так и для успешного включения в коррекционные занятия по мимике и пантомимике. Эти и другие коррекционные занятия опираются на знания, умения и навыки в пространственной ориентировке.

Однако представления, формируемые на занятиях по ориентировке в пространстве, необходимы не только для усвоения программного материала в коррекционно-развивающей области, но и для более

эффективного овладения программным материалом, предусмотренным и предметными областями, начиная с начальной школы. Это отмечали О.Я. Галкина, Т.Н. Никольская, Е.Б. Островская и др. Ориентировка на листе бумаги, в брайлевском приборе, циферблате часов и т.п. является необходимым условием для успешного освоения программного материала. Учитель начальных классов опирается на сформированные у слепого ребёнка пространственные представления, используя их как в практических видах деятельности, так и в процессе трансляции академических знаний. Первоначальные знания, умения и навыки ориентировки в пространстве должны формироваться родителями в семье. Совершенствоваться и развиваться они должны в дошкольном учреждении и в начальной школе педагогами по пространственной ориентировке на специально организованных занятиях.

По мере усложнения школьной программы изменяются и используемые навыки пространственной ориентировки, применяемые слепыми школьниками в процессе обучения. Так Н.М. Бахарева отмечала важность пространственных представлений при обучении инвалидов по зрению информатике (Бахарева Н.М., 2002), а Д.И. Зоричев создал систему работы с картами на уроках географии, построенную на использовании имеющихся у учащихся знаний, умений и навыков по пространственной ориентировке. При этом он отмечал, что чем лучше ученик ориентируется в пространстве, тем эффективнее он работает с географической картой (Зоричев Д.И., 1950).

Необходимость занятий по пространственной ориентировке в дошкольном учреждении для детей с нарушением зрения отмечали многие тифлопедагоги, однако на практике их методические рекомендации распространялись на детей с косоглазием и амблиопией. Л.С. Банницина (2002), Т.И. Нагаева (2010), Е.Н. Подколзина (2009), Л.С. Сековец (2001) и другие авторы разрабатывали методики обучения ориентировке в пространстве детей, не имеющих бинокулярного зрения, то есть детей, у которых острота зрения на лучше видящем глазу может быть достаточно высокой. Если обучение ориентировке в пространстве является важной составляющей коррекционной работы с детьми с пониженным зрением (а большинство дошкольников с косоглазием и амблиопией относятся именно к этой подкатегории детей с нарушением зрения), то логично предположить, что для слепых дошкольников обучение ориентировке имеет еще большее значение для их развития и вхождение в социум.

В целях повышения качества социальной адаптации и более эффективного усвоения академических знаний, в 80-е годы XX века на всех ступенях обучения в учебные планы школ для слепых детей был введен коррекционный курс «Пространственная ориентировка».

Более того, такие учителя-дефектологи как А.Я. Акшонина, З.М. Дунаева, О.Б. Римгайло понимали необходимость разработки вопросов обучения ориентировке в пространстве и слепых детей с дополнительными нарушениями (задержкой психического развития, детским церебральным

параличом), так как их обучение ориентировке имеет свои особенности содержания и организации соответствующих занятий.

Помимо тифлопедагога, в обучении, воспитании и развитии слепого ребёнка большую роль играет семья. Усилия тифлопедагогов только тогда достигают цели, когда и семья слепого ребенка принимает активное участие, особенно в раннем и дошкольном возрасте, в закреплении формируемых тифлопедагогом умений.

Важность пространственной ориентировки и умения самостоятельно передвигаться в пространстве не снижается в постшкольный период, а, напротив, приобретает еще большую актуальность. Если в период школьного обучения слепой ребёнок находится под присмотром семьи и школьных педагогов, то закончив школу, он попадает в мир, где самостоятельность становится одним из основных критериев успешности. Все тифлопедагоги, рассматривающие вопросы получения профессионального образования, трудоустройства и реабилитации, подчёркивают исключительную важность умения слепого самостоятельно ориентироваться и передвигаться в пространстве. Потребность в занятиях пространственной ориентировкой возрастает у слепых студентов (Авдеева И.Ю., Балашова Я.В., Денискина В.З., Зарубина И.Н. и др.), потому что им требуется свобода передвижения, а просить о помощи сопровождающего не только не всегда этично, но часто и труднодостижимо. Именно этой потребностью объясняется большая очередь из молодых людей в центры реабилитации слепых, где реализуется программа, которая включает обучение ориентировке в пространстве.

Таким образом, отечественная наука и практика наглядно показывают, что пространственная ориентировка и самостоятельное передвижение слепых играет важнейшую роль в обучении, воспитании и развитии инвалида по зрению на всех возрастных этапах. Иными словами можно сказать, что ориентировка и самостоятельность передвижения в пространстве в той же мере необходимы слепому как умение читать, писать и взаимодействовать с окружающими.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ (СТОЛ МЕХАНОТЕРАПИИ)

Морозова Е. В., *кандидат психологических наук, руководитель Центра социальной, профессиональной и психологической экспертно-реабилитационной диагностики, и реабилитации ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, медицинский психолог, г. Москва*
Жукова Е. В., *заместитель руководителя Центра социальной, профессиональной и психологической экспертно-реабилитационной диагностики, и реабилитации ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, психолог, г. Москва*

Конвенция о правах инвалидов (принята 13 декабря 2006 г. Резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН) накладывает на

государства-участников, к которым относится Россия, обязательства по принятию мер к тому, чтобы наделить инвалидов возможностью для достижения и сохранения максимальной независимости, полных физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и полного включения, и вовлечения во все аспекты жизни.

Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, и увеличение доступности реабилитационных и абилитационных услуг требует новых подходов к процессу реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов), в том числе и повышение значимости социальной реабилитации и абилитации инвалидов, наряду с медицинской реабилитацией.

Особенно это актуально в случаях с инвалидами, у которых имеются нарушения функций верхних конечностей. Функции верхних конечностей в жизнедеятельности (способности к передвижению, самообслуживанию) человека играют первостепенную роль, так как при помощи рук осуществляется множество разнообразных, высокодифференцированных, точных, целенаправленных движений, которые обеспечивают перемещение в пространстве, равновесие, полноценные познавательные (гнозис) и практические (праксис) функции.

Нарушение функций верхних конечностей, с позиции методологии концепции МКФ (ВОЗ, 2001 год), проявляется в следующих видах снижения активности и участия[1]: выполнение общих заданий и требований (выполнение повседневного распорядка); мобильности (перемена и сохранение положения тела, пользование предметами, перемещение и их передвижения, выполнения точных движений кистью, ходьба и передвижения, передвижения с использованием транспортных средств); самообслуживания (мытье, уход за частями тела, физиологические отправления, одевание, прием и приготовление пищи, питье, забота о своем здоровье); бытовой жизни (приобретение предметов первой необходимости, ведение домашнего хозяйства, уход за предметами и помощь окружающим).

Кроме того, данные нарушения приводят и к снижению участия в межличностных взаимодействиях и общении, а именно: в отношениях с посторонними людьми, семейных отношениях, интимных отношениях; в главных сферах жизни (образование, трудовая деятельность, экономическая жизнь); в жизни в сообществах, в общественной и гражданской жизни (общественная жизнь, права человека).

Исследования психологических особенностей больных и инвалидов (И.Ю. Левченко, Э.С. Калижнюк, Л.А. Данилова, Е.М. Мастюкова, Е.И. Кириченко), внутренней картины болезни (А.Р. Лурия, В.В. Николаева., А.Ш. Тхостов, А.Г. Арина, Л.И. Вассерман), внутренней модели болезни (Р.М. Войтенко, Н.К. Туран) и внутренней картины инвалидности, в том числе и у лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата (Е.В. Морозова) указывают на риски формирования такого психологического

состояния, как социальная фрустрация, снижающего эффективность реабилитационного процесса.

В ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России накоплен богатый опыт эффективного восстановления функций верхних конечностей средствами механотерапии (стол механотерапии). Данное оборудование широко используется в реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов. Изучен опыт работы на данном оборудовании Государственного автономного учреждения Свердловской области «Областной центр реабилитации инвалидов», Государственного автономного учреждения г. Москвы «Текстильщики» и др. Однако, анализ докладов и научных публикаций о практической деятельности специалистов, работающих на данном оборудовании показал, что до настоящего времени реабилитация данной категории инвалидов осуществляется стихийно, и четкой методики работы с инвалидами, в том числе детьми инвалидами, с учетом нарушенных функций (в частности с учетом нарушенных функций верхних конечностей) нет.

В связи с этим возникла необходимость разработки алгоритма и описания методики развития (восстановления) функций верхних конечностей посредством технологии механотерапии (с использованием оборудования «стол механотерапии»).

Восстановление, компенсация нарушенных функций верхних конечностей, обусловленных болезнями, травмами или физическими, химическими факторами, подразумевает эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов к бытовым и трудовым процессам, в общество, а также восстановление личностных свойств человека, посредством проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий.

Объектом для вмешательства специалистов, участвующих в реабилитации и абилитации (врачей, инструкторов ЛФК, психологов, специалистов по реабилитации, специалистов по социальной работе и др.), является ситуация, при которой патологические изменения организма и систем уже вызвали, или имеют ближайшую перспективу вызвать, ограничение жизнедеятельности и социального статуса больного. В данном, конкретном, случае объектом для вмешательства будут выступать нарушения функций верхних конечностей.

Основная цель социальной реабилитации нарушенных функций верхних конечностей - это восстановление или компенсация любых сторон жизнедеятельности и социального благополучия посредством интеграции инвалида, в том числе ребенка-инвалида, в привычную среду и восстановления утраченных навыков (или обучения новым).

Процедура реабилитации или абилитации начинается с выявления степени нарушения функций верхних конечностей, определения реабилитационного потенциала и прогноза. Специфика определения последних для данной категории инвалидов, в том числе детей-инвалидов, заключается в знании особенностей их функционирования.

Диагностика нарушений функций верхних конечностей для целей социальной реабилитации предполагает учет трех аспектов:

1. Клинического (медицинского). Клиническая классификация двигательных нарушений руки включает дифференцировку по степени выраженности нарушений (незначительных, умеренных, выраженных, значительно выраженных) и степени изменения мышечного тонуса (отдельно для каждой группы мышц).

2. Социального аспекта. Проблема социализации инвалида, в том числе ребенка-инвалида, в обществе подразумевает необходимость адекватной оценки его состояния в виде не только этиологического, но и функционального диагноза, а также учета нарушений структуры органов, вызванных инвалидизирующей патологией. Целью социальной диагностики является выяснение и анализ данных, отражающих проблемы инвалида, в том числе ребенка-инвалида, в ближайшем окружении (в быту), в удовлетворении основных физиологических потребностей, а именно: осуществлять личную гигиену, выполнять повседневную бытовую, досуговую и игровую деятельность.

3. Психологического аспекта. Общепринятым является точка зрения, согласно которой сохранность познавательных процессов имеет высокую прогностическую силу в отношении реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида). У лиц с нарушением функции верхних конечностей большое диагностическое значение имеет изучение праксиса.

На основе полученных диагностических данных разрабатывается программа занятий с учетом нарушенных функций организма.

Оборудование для проведения реабилитации - стол механотерапии представляет собой столешницу, оборудованную специальными тренажерами для занятий по развитию (формированию, восстановлению) функций верхних конечностей и мелкой моторики.

Целевая аудитория: лица с нарушением функций верхних конечностей, мелкой моторики вследствие заболеваний, последствий травм. Возрастной диапазон: с 3 лет.

Абсолютными противопоказаниями является наличие значительно выраженных нарушений психических функций и ограничений жизнедеятельности 3 степени в категории «контроль за своим поведением».

Особенностью оборудования является то, что одновременно им могут пользоваться 4 человека, а высоту столешницы можно настраивать под индивидуальные нужды.

В стол встроены следующие тренажеры:

- Тренажер «Штурвал».
- Ротационный тренажер.
- Винты для упражнений на вкручивание.
- Тренажер для кистей (представляет собой валики для сгибания-разгибания).
- Тренажер для развития верхних конечностей с отверстиями.

- Тренажер для развития верхних конечностей с парными фигурами.
- Тренажер на сгибание-разгибание пальцев.

На каждый сегмент оборудования разработаны определенные упражнения, способствующие улучшению локализации действий различных нагрузок: коррекцию и развитие пронации и супинации кистевого сустава, расширения репертуара движений плечевого и локтевого суставов и др.

Уникальностью данной методики является возможность одновременного решения нескольких реабилитационных задач. Например, возможно не только отрабатывать упражнения по развитию (восстановлению) мелкой моторики, но проводить психологическую коррекцию (или развитие) психических функций (внимания, памяти, мышления, воображения). Учитывая мнение, Т.Е. Христовой, что при выполнении движений создаются условия для активизации связей между мозговыми центрами, управляющими движениями конечностей, глазодвигательными ядрами ствола головного мозга, мозжечка, зрительными, слуховыми и вестибулярными центрами и корой обоих полушарий головного мозга, мы посчитали возможным объединение нескольких реабилитационных задач в одну. Более оптимальным для этих целей, мы считаем сегмент «Тренажер для развития координации с двумя стилусами». Например, нетрадиционным является применение таких упражнений, как «Вставление мозаики» (простое и сложное). Цель данных упражнений - развитие мелкой моторики, пинцетного, щипкового схватов, координации движений, развитие наглядно-образных представлений, способности к переключению, зрительно-моторной координации.

Примерные задания

1.Выполнять упражнение по устной инструкции («Точка Е1, Точка Д1, Точка Д2, Точка Е2» и т.д.) .

2. Выполнять упражнение по письменной инструкции. На листе бумаги написать координаты точек, обследуемый должен сверяясь с листом выполнить заданный рисунок.

3. Выполнять упражнение без поддержки координатами.

Процесс формирования и восстановления двигательных навыков у лиц с нарушением функций верхних конечностей подчиняется общим методологическим принципам и состоит из трех стадий:

1. Ознакомление с общей структурой упражнения.
2. Овладение приемами формирования навыка.
3. Закрепление и совершенствование навыка.

Предлагаемая методика разработана реабилитации и абилитации инвалидов вследствие цереброваскулярной патологии, периферической и центральной нервной системы и др.

Таким образом, занятия на столе механотерапии являются важным и действенным методом в социальной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, так как они не только помогают

предупредить образование мышечных контрактур в группах мышц, снять повышенное напряжение, уменьшить тремор мышц рук, улучшить обменные процессы и кровообращение, развить способности к произвольному торможению движений, улучшить координацию движений, расширить общий репертуар движений рук, восстановить, развить мелкую моторику рук, но и восстановить навыки самообслуживания.

Список литературы:

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

2. Морозова Е.В. Внутренняя картина инвалидности. // Клиническая психология: энциклопедический словарь /под общ. ред. проф. Н.Д. Твороговой. -2 –у изд. М. Практическая медицина, 2016. -608с. С.122-123.

3. *Христовая Т.Е. Физическая реабилитация инвалидов, которые перенесли инсульт (поздний период) // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. - 2012. – N 10. - С.12-16.*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Третьякова Н. В., *социальный педагог Государственного казенного учреждения социального обслуживания Удмуртской Республики "Глазовский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями", Глазов*

Главной целью применения новых информационных технологий в реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями является формирование начальной компьютерной грамотности для подготовки к жизни в информационном социуме. Развитие культуры использования персонального компьютера как средства решения различных задач жизнедеятельности.

Новые информационные технологии в реабилитации - это комплекс методических и учебных материалов, программ, сами технические средства (компьютеры), вся система теоретических знаний и практического опыта, которую мы применяем.

Овладение компьютерной грамотностью детьми сегодня начинается в дошкольном возрасте. Это период, когда человек психологически уязвим и душевно раним, поэтому вносить новое в жизнь ребенка следует с большой осторожностью. Успех внедрения компьютера в реабилитацию зависит от компетентности специалистов, используемых методик, качества применяемых технических средств и развивающего содержания компьютерных программ. Компьютер становится развивающим средством самостоятельной деятельности ребенка, и в его жизнь он должен войти через игру. Компьютерные игры не заменяют обычные детские игры, а

дополняют их, обогащая реабилитационный и педагогический процесс новыми возможностями.

В Глазовском реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями проводятся коррекционно-развивающие занятия на компьютерах. Все игры, которые используются на занятиях, можно разделить на две группы по способам решения задач: предметные и ролевые. В предметных играх дети классифицируют предметы по разным признакам, находят «третье лишнее», недостающие, одинаковые объекты. В ролевых играх воспроизводятся социальные роли, взаимоотношения, общение людей, сказочных персонажей. Все образовательные программы группируются по классам, каждый из них по-своему важен и интересен: развивающие игры, обучающие игры, игры-экспериментирования, игры-забавы, компьютерные диагностические игры.

Наряду с игровой деятельностью детям предлагается другой вид работы – печатание в программе Word (по желанию). Печатание помогает поддерживать интерес на занятиях, так как в этой форме работы проще достигнуть поставленной цели, ребёнок сразу видит на экране результат, снимается напряжённость, пробуждается вера в свои силы.

Работе в программе графического редактора Paintя позволяет развивать мелкую моторику, воображение, пространственную ориентацию. Графические рисунки детей выставляются на различные конкурсы: городской фестиваль «Глазов-территория равных возможностей» и городской конкурс социальной рекламы «Скажи курению «Нет!»

Процесс овладения компьютерной грамотностью строится с учётом индивидуальных особенностей ребёнка и по согласованию с врачом. Соблюдаются все здоровьесберегающие принципы (организация места и продолжительность занятий, динамические паузы, зарядка для глаз и т.д.).

На занятиях не ставится цель научить детей работать на компьютере - компьютер используется как средство развивающей деятельности ребёнка. Дети знакомятся с новыми развивающими играми, учатся оперировать мышкой и частично клавиатурой.

Диагностика после проведенного курса занятий показывает повышение уровня пространственной ориентации, внимания, развития мелкой моторики (движения кисти рук в манипуляциях "мышкой" становятся более точными). Эффективность за курс составляет 3-5%, а если ребенок бывает в центре 2-3 раза в год, то эффективность может быть до 15-20%.

Немаловажную роль в системе организации компьютерных занятий играет работа с родителями, так как при их непосредственном участии должно быть организовано реабилитационное пространства ребенка дома. Так на родительских собраниях, на индивидуальных встречах родители получают консультации по выбору компьютерных программ и их применению, а также рекомендации по выбору программ - игр:

1.Программы и игры, предназначенные для детей, должны иметь положительную нравственную направленность, в них не должно быть агрессии, жестокости, насилия.

2.Обратить внимание на развивающую направленность.

3.Дети любят программы с элементами сюрпризности, новизны, необычности.

4.Обратить внимание на наличие элементов самоконтроля, что поможет ребенку быть более самостоятельным, почувствовать уверенность в себе. Часто в программах применяется веселая мелодия или позитивная картинка как оценка за верное решение. С помощью таких приемов формируется положительное эмоциональное отношение к игре на компьютере.

Благодаря взаимосвязи разных видов игр, в том числе компьютерных, ребенок овладевает умением самостоятельно решать игровые задачи, осознавать и организовывать свою деятельность. Компьютерная грамотность поможет детям с ограниченными возможностями в получении образования, в поиске своего места в жизни и их дальнейшей успешной социализации.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО МАССАЖА ДЛЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА

Трошкова А. О., *логопед психолого-педагогического отделения Автономного учреждения социального обслуживания Удмуртской Республики «Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» г. Ижевск*

Одна из самых тяжелых проблем детей с синдромом Дауна – задержка речевого развития. Обладание элементарными навыками разговорной речи у данных детей запаздывает. Довольно часто дети с синдромом Дауна не говорят вовсе или овладение речью настолько замедленно, что возможность их обучения посредством общения с другими людьми крайне затруднена. Умение говорить развивается, как правило, позже умения воспринимать речь.

Ребенок с синдромом Дауна не дифференцирует звуки окружающей речи, плохо усваивает новые слова и словосочетания. У некоторых детей такие проблемы заметны с самого начала и чаще всего связаны с врожденными пороками или особенностями развития.

Нельзя говорить о проблеме понятности речи детей с синдромом Дауна в целом. Каждый ребенок обычно сталкивается с собственным «набором» трудностей, главными из которых могут быть следующие [1]:

- высокое, узкое аркообразное нёбо, поэтому звуки получаются иногда более «носовыми»;

- открытый прикус, верхние и нижние зубы не сводятся вместе;

- маленькая, более узкая, чем обычно, верхняя челюсть;

- относительно большой язык. Сейчас считается [1], что у детей с синдромом Дауна язык такого же размера, как у всех остальных, но из-за меньших размеров ротовой полости (и из-за гипотонуса) он может плохо помещаться во рту, артикуляция может быть затруднена

- низкий тонус (гипотонус) мышц, что приводит к трудностям в артикуляции;

- увеличенные миндалины и аденоиды, из-за которых происходит некоторая блокада носовых путей, в сочетании с гипотонусом мышц нёба и глотки (зева, задней части горла) – это приводит к тому, что ребенок постоянно говорит «в нос» или гнусаво;

- ребенок употребляет меньше лепетных сочетаний в младенчестве, используется меньшее количество звуков, а также больше гласных, нежели согласных.

После шести месяцев желательно заняться артикуляционной, то есть речевой моторикой. Необходимо проводить логопедический массаж, пассивно-активную гимнастику мимических мышц и артикуляционного аппарата. В работе можно использовать ручной вибратор, резиновый массажер, зубную щетку, медицинский шпатель. Логопедический массаж лучше проводить курсами. Количество сеансов зависит от степени выраженного дефекта. Массаж надо начинать, с упражнений, которые приятны малышу, ими же и заканчивать. Наращивать упражнения постепенно, пропускать те, что категорически не нравятся ребенку. Предложить ребенку делать часть упражнений самому.

В практике работы реабилитационного центра используем следующие группы логопедического массажа.

1.Массаж мышц лица. Упражнение № 1. Активизация мышц лица. Протрите каждую щеку по кругу варежкой из махровой ткани. Движения должны быть равномерными и энергичными, начинайте от крыльев носа, двигаясь кверху по направлению к вискам, а от висков - вниз.

Упражнение № 2. Похлопывание пальцами по лицу ребенка «Побежали пальчики» Пройдитесь быстрыми энергичными движениями по щекам и губам ребенка.

Упражнение № 3. Похлопывание ладонями по щекам ребенка. Основания кистей взрослого соединены под подбородком малыша, а его щеки охвачены ладонями. Хлопайте энергично, но не очень сильно.

Упражнение №4. «Гусь». Пощипывание указательным и средним пальцами по щекам и губам ребенка.

Упражнение №5. Игра «Звонок».

Произносится нараспев:

-«Стенка, стенка» (при этом надо похлопывать по щекам, как в упражнении №3);

- «Потолок» (прикоснуться ко лбу);

- «Две ступеньки» (указательным и средним пальцами похлопать по подбородку и верхней губе);

- «И - звонок: «Дзыынь!» (нажать указательным пальцем на кончик носа малыша).

Упражнение № 6. Скользящие (бреющие) движения боковой стороной указательного пальца от висков ко рту малыша.

Упражнение № 7. Рубящие движения ребром указательного пальца в направлении от висков ко рту.

Упражнение № 8. Закрыть рот малыша и придержать нижнюю челюсть. Второй рукой провести от подбородка вниз по шее. Это учит сглатывать слюну.

2. Массаж мышц языка ребенка [2, 3]

(Используется массажная зубная щетка или палец взрослого, обернутый бинтом или марлевой салфеткой, медицинский шпатель).

1. Прохлопать кончиками пальцев вокруг рта по часовой стрелке и против часовой стрелки.

2. Помассировать губные мышцы малыша: похлопать кончиком или подушечкой указательного пальца от носа к верхней губе.

3. Погладить мышцы ребенка в направлении от носа к верхней губе. Движения выполняется ребром указательного пальца.

4. Несколько раз нажать пружинящими движениями указательного и большого пальцев на точки в уголках рта. Затем свести уголки губ, имитируя их положение при произнесении звука «У». Обязательно произносить при этом «У-у-у» и наоборот мышцы губ развести в улыбку, как при произнесении звука «И-и-и»

5. «Пирожки» смыкать губы малыша движениями большого и указательного пальцев. Произносите при этом «М-м-м».

6. Специальную массажную щетку или палец, обернутый марлевой салфеткой, поместить ребенку в рот, расположив с внутренней стороны щеки. Совершать вращательные движения, поднимая мышцы вверх. Обязательно выполнять движения и справа и слева.

7. «Перетирать» изнутри мышцы обеих щек. Указательный палец со щеткой или бинтом во рту малыша, большой палец снаружи.

8. Пальцем поднять кончик языка ребенка к альвеолам (бугоркам за верхними зубами), произнося при этом «Тын-Дын», «Да-да-да», «Та-та-та».

Завершив массаж, похвалите ребенка!

Логопедический массаж более эффективен в сочетании с другими видами коррекционного воздействия.

Список литературы:

1. *Кумин Л. Особенности детей с синдромом Дауна, оказывающие влияние на развитие речи – Режим доступа: www.sunchidren.narod.ru*
2. *Карелина И.Б. Логопедический массаж при различных речевых нарушениях. - М.: Издательство ГНОМ, 2013.-64с.*
3. *Шафеева А.А. Логопедический массаж. - М.: БЕТА-ФРЕЙМ, 2009.-55с.*

РАЗВИТИЕ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА.

Туманова И. В., *воспитатель Государственного казенного учреждения социального обслуживания Удмуртской Республики "Глазовский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями", Глазов*

Одной из ведущих проблем у детей с ограниченными возможностями является отсутствие навыков самообслуживания, поэтому все коррекционно-воспитательные мероприятия воспитателя направлены на раскрытие и формирование реабилитационного потенциала детей, на развитие социально-бытовых навыков, формирование навыков трудолюбия.

Одной из важных тем по социальному, бытовому и хозяйственному ориентированию является «Уход за одеждой и обувью». Так, как одежда и обувь имеют большое значение в жизни человека. Долговечность одежды во многом зависит от опрятности человека, как бы ни был он аккуратен, нужно уметь одежду стирать, сушить, гладить, хранить. Детям с ограниченными возможностями просто необходимо знать и уметь, как ухаживать за вещами, с целью дальнейшей социализации и адаптации в жизни.

Цикл занятия по теме «Уход за одеждой и обувью» проводится с учётом уровня развития детей, их заболевания и возрастных особенностей. Основными формами и методами работы являются практические занятия, сюжетно-ролевые игры, беседы.

В ходе занятий дети определяют назначение одежды (домашняя, школьная, спортивная, сезонная), учатся отличать лицевую и изнаночную стороны одежды, выделять предметы одежды среди других групп предметов; классифицировать одежду по группам, видам. Детям предлагаются социальные ситуации, например, «Я уду на стадион (в кино, в музей, в поход). Что надеть?».

На практических занятиях дети учатся приёмам складывания разных видов одежды, знакомятся с различными способами хранения одежды, аккуратного размещения одежды в личном шкафчике. Здесь уместны такие практические задания «У меня в шкафу порядок», «Как собрать чемодан в дорогу».

В повседневной жизни уделяется внимание значению чистоты обуви, знакомству со средствами и правилами чистки, мытья и сушки обуви. Проводятся практические занятия «Чистка обуви влажной тряпочкой», «Чистка обуви щёткой».

К концу курса реабилитации дети имеют представление о том, почему нужно и как содержать в чистоте одежду и обувь, навыки стирки, глажки и хранения одежды и обуви.

СОЦИОКУЛЬТУРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ЧЕРЕЗ ТЕАТРОТЕРАПИЮ

Турчанинова Ю. В., *заместитель директора Государственного автономного учреждения Саратовской области «Центр адаптации и реабилитации инвалидов», г.Саратов*

В системе реабилитационной работы Центра адаптации и реабилитации инвалидов г. Саратова арт-терапия объединяет в себе несколько направлений творческой деятельности по различным видам искусства, таких как: театр, танцы, вокал, декоративно-прикладное творчество.

Арт-терапевтические направление, в целом, можно определить как способ профессионально-целевого общения с человеком, которое направлено на устранение или смягчение нежелательных проблем, выявление их причин, переход к положительным изменениям (например, в чувствах, поведении, физиологии).

Все направления арт-терапии в Центре адаптации и реабилитации инвалидов направлены на восстановление утраченных способностей клиентов, а так же на психологическую профилактику и социальную адаптацию клиентов.

Это направление деятельности объединяет в себе различные инновационные методики, в частности театротерапию.

В комплексе реабилитационных мероприятий важное место отводится психологическим аспектам реабилитации, которые имеют исключительно важное значение при осуществлении программ как медицинской, профессиональной, так и социальной реабилитации инвалидов.

Таким образом, при расширении спектра методик, используемых в реабилитационном процессе, встает проблема их оптимального подбора с учетом потребностей клиентов.

Система реабилитации всё больше ориентируется на поддержку внутреннего потенциала человека, в том числе, на активное использование творческой деятельности человека.

Одним из видов арт-терапии, активно используемых в Центре является театротерапия.

Арт-терапия - это креативный и, во- многом, индивидуальный метод работы. Клиент может плохо говорить, двигаться, но при этом выражать себя через различные виды искусства.

Ведь занятия арт-терапией могут снимать психическое напряжение человека с ограниченными возможностями здоровья.

Театротерапия помогает понять и смягчить социальные и психологические проблемы, психические заболевания и ограничения. Она реализуется через символическое самовыражение, благодаря которому

личность познаёт себя посредством творчества, охватывающего вербальный и невербальный компоненты коммуникации.

Театротерапия определяется как целенаправленное использование театральных методов для достижения терапевтической цели. Преобладание групповых мероприятий, характеризует театротерапию как лечебно – воспитательную дисциплину, использующую театральные и драматические средства в групповой динамике для ослабления симптоматических проявлений, смягчения последствий психических расстройств и социальных проблем, а также повышения уровня социального развития и интеграции личности.

Цели театротерапии специфичны и зависят от особенностей людей с ОВЗ и могут сильно отличаться от группы к группе. В качестве доминирующих реабилитационных целей театротерапии можно назвать такие как: снижение напряженности, развитие сопереживания, воображения, креативности, развитие уверенности в себе, формирование чувства ответственности.

Театральная студия на базе Центра адаптации и реабилитации инвалидов – это уникальный творческий коллектив людей трудоспособного возраста с инвалидностью.

Театральный коллектив уже имеет солидный творческий стаж. Он существует уже четвёртый год. За это время ребята уже осуществили серьёзные театральные постановки: «Иван Андреевич», «Дорогами войны», «Колокола», «Лёлька».

Руководитель коллектива - Заслуженный артист РФ Федоров А.Д. применяет исключительно индивидуальный подход к каждому члену творческого коллектива, учитывая их своеобразие и степень заболеваемости. Александр Дмитриевич очень умело расставляет акценты в коллективе, с учётом всех особенностей участников.

Изучение основ театрального искусства способствует раскрепощению, снятию зажимов, раскрытию возможностей, способностей и талантов. Театральная сценическая деятельность включает в себя единство коллективного взаимодействия и максимальное творческое проявление каждого участника группы.

Вообще создание подобного театра имеет мало аналогов в России. Наибольшую известность в этом направлении получил «Театр простодушных» (г.Москва), который объединил на театральной площадке людей с синдромом Дауна.

«Особые театры» – так называют театры, в которых играют люди с инвалидностью различного происхождения по психике, опорно-двигательного аппарата и другими недугами.

Программа театрального творчества соединяет в себе познавательную деятельность людей с ограниченными возможностями здоровья с непосредственной творческой деятельностью, организуемой в учебном, репетиционном процессе и театральном показе.

Центр адаптации и реабилитации инвалидов старается своих клиентов приобщать к культуре, инвалид становится частью культурного сообщества города Саратова.

Через социокультурную деятельность, которая выступает важнейшим социализирующим фактором, приобщая людей к общению, согласованию действий, восстанавливаем их самооценку.

В центре адаптации и реабилитации инвалидов проходят восстановительный курс инвалиды трудоспособного возраста с различными нозологиями, что в свою очередь, предполагает различные психологические особенности клиентов.

Процесс театрального взаимодействия не терпит пауз и остановок, иждивенчества и застоя, поэтому постоянно стимулирует к творческой деятельности. Помимо этого, театральное искусство имеет большой потенциал в профилактике различных социальных заболеваний и формирует яркое эмоционально-чувственное восприятие окружающей действительности.

Поэтому социокультурная реабилитация театральным искусством является наиболее доступной и приемлемой формой интеграции инвалидов в окружающий социум.

Анализ деятельности театрального коллектива Центра адаптации и реабилитации инвалидов показал, что при социализации молодых инвалидов в реабилитационный период применение активных методов экспрессивной терапии, а театротерапия относится к этим методам, благотворно влияют на восстановительный процесс и социализацию личности людей с ОВЗ.

Можно сказать, что театротерапевтический процесс способствует развитию творческого потенциала и формированию позитивного взгляда людей с инвалидностью на собственную жизнь.

Список литературы:

1. Валента Милан, Полинек Мартин. Драматерапия / пер. с чешского под общ. ред. В. И. Белопольского. - М.: Когито-Центр , 2013. 207 с.

2. Морено Я. Л. Психодрама / пер. с англ. Г. Пимочкиной, Е. Рачковой. - М.: Апрель Пресс: ЭКСМО-Пресс, 2001. 317 с.

3. Проект "Invisible people" [Электронный ресурс]. URL: http://uralpolit.ru/company/5180 (дата обращения: 02.06.2016).

4. Прасковьина М. Лечебная сила искусства [Электронный ресурс] // Петербургский театральный журнал. - 2013. - № 3 (73). URL: http://ptj.spb.ru/archive/73/voyage-from-spb-73-4/lechebnaya-sila-iskusstva/ (дата обращения: 02.06.2016).

5. Строганов А. Е. Психотерапия на базе театральных систем: практическое руководство. - СПб.: Наука и техника, 2009. - 496 с

РЕЛАКСАЦИОННЫЕ УПРАЖНЕНИЯ КАК СПОСОБ НОРМАЛИЗАЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОВЗ

Фомина Н. В., *психолог Автономного учреждения социального обслуживания Удмуртской Республики «Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» г. Ижевск*

Жизнь любого человека будь он ребенком или взрослым, всегда наполнена различными чувствами и эмоциями. Конечно все мы хотим быть счастливыми и радостными, но порой случаются события, которые наполняют нашу жизнь негативом. Если нам не хватает знаний и умений, которые позволяют справиться со сложной ситуацией, то мы можем зациклиться на отрицательных эмоциях, и постепенно уйти в состояние сильного напряжения, как эмоционального, так и физического. Нельзя все время копить напряжение, если мы не находим рациональный способ с ним справиться, оно либо проявляет себя в виде агрессивного поведения, либо забирая все силы человека вводит его в состояние апатии или тревоги, которые мешают и не дают реализоваться и социализироваться.

Ребенок с ОВЗ, в виду своих возрастных особенностей (не умение всегда контролировать свое поведение, состояние постоянного физиологического и эмоционального развития, зависимость от взрослого и отсутствие большого опыта и знаний, эксцентричности и других особенностей), а также индивидуальных ограничений жизнедеятельности, очень часто оказывается в ситуациях, которые так или иначе могут привести к сильному эмоциональному напряжению. Поэтому для успешной социализации необходимо дать детям техники, приемы и упражнения, которые помогали бы им справляться со сложностями и учили больше понимать себя и окружающих. В практике педагога-психолога одними их таких упражнений являются релаксационные упражнения.

Релаксационные упражнения – это методы воздействия на тело и психику человека с целью снятия сильного умственного или физического напряжения и повышение общего эмоционального состояния человека для его успешной жизнедеятельности. Релаксация может быть, как частью занятия, так и отдельным занятием в плане работы педагога – психолога в зависимости от потребностей ребенка с ОВЗ и поставленных задач психологической программы сопровождения.

Вот некоторые примеры применения релаксационных упражнений во время занятий:

1. Релаксационные упражнения помогут расслабить детей, когда они сильно напряжены. Например, «Заколдованная фигура» [2]. Выполнение. Педагог - психолог говорит: «Пожалуйста, все расположитесь так, чтобы вокруг каждого из вас было свободное место. Представьте себе, что мы оказались на поляне в волшебном лесу. Эта

поляна заколдована злой волшебницей, и кто попадает на нее - застывает, как каменная фигура. Застыньте, как будто вы одеревенели, и не двигайтесь, примерно так. (Можно показать детям как.) И тут мимо пролетала добрая фея. Она взмахнула волшебной палочкой - и все мы расколдовались. Наклонитесь вперед и расставьте руки, чтобы они болтались, как тряпки. Покажите, что вы уже не «деревянные». Станьте мягкими и подвижными. Слегка согните колени и почувствуйте, как ваши кости становятся мягкими, суставы очень подвижными.

Только фея обрадовалась, увидев двигающихся по поляне детей, как злая волшебница налетела тучей и опять заколдовала всех. Все стали негнущимися, застыли, как дерево и камень (10 сек.). (Можно просить детей быть попеременно то в одном, то в другом состоянии, до полного расслабления.) Но фея не привыкла отступать, она снова взмахнула волшебной палочкой и «разморозила» детей. Теперь встряхните руками, как будто вы хотите стряхнуть с них капельки воды. Стряхните капельки воды со спины. Теперь стряхните воду с волос. А сейчас - с верхней части ног и ступней. Давайте поблагодарим фею за спасение. Потянитесь, выпрямитесь. Мы бодрые и свежие».

2. С помощью релаксационных упражнений можно научить детей глубокому дыханию, как способу самоуспокоения. Например, «Кит» [1].

Выполнение. Педагог - психолог просит детей сделать глубокий вдох животом, а затем выпустить с шумом воздух.

3. Релаксационные упражнения помогут легко, в игровой форме проработать негативные ситуации, помогая детям увидеть путь решения внутренней или внешней проблемы. Например, «Драка» [3]. Выполнение. Педагог - психолог помогает ребенку представить следующую ситуацию: «Они с другом поссорились. Он страшно разозлился. Сейчас ему очень хочется задать другу хорошую трепку. Поэтому его кулаки крепко сжимаются, даже косточки побелели (пусть ребенок изобразит это, с силой сжав кулаки). Челюсти сомкнуты, в них чувствуется напряжение. (Это напряжение должен почувствовать ваш ребенок, сильно сжав зубы). От волнения перед дракой ребенок даже дыхание затаил (попросите его в этом состоянии задержать дыхание на несколько секунд). И тут посмотрел мальчик (девочка) на своего друга и вспомнил, как тот его однажды выручил. Может быть, не стоит драться? Выдохнул ребенок и расслабился (пусть ваш ребенок сделает то же самое). Вот теперь все вопросы можно решать спокойно».

Практика применения релаксационных упражнений в работе педагогов - психологов с детьми с ОВЗ на занятиях в Реабилитационном центре «Адели» показала очень хорошие результаты. Было отмечено, что регулярное выполнение релаксационных упражнений позволяет детям лучше понять свои чувства и научиться контролировать свои деструктивные эмоции и действия, что способствует наиболее эффективной коммуникации и повышению эмоционального состояния.

Список литературы:

1. *Кузнеченкова С.О. Система Нейройога. Сказочные комплексы. 2 ступень. - СПб: Центр управления стрессом, 2011. - 36 с.*
2. *Сакович Н. Азбука жизни // Школьный психолог. - 2005.- №11. – Режим доступа: http://psy.1september.ru/article.php?ID=200501113*
3. *Соловьева Л.А. Релаксационные игры и упражнения в работе с тревожными детьми [Электронный ресурс] // Педагогическая мастерская «Первое сентября. Открытый урок». – Режим доступа: http://xn--i1abbnckbmcl9fb.*

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ПАТОЛОГИЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

***Шафейкина Е. В.**, директор Бюджетного учреждения Чувашской Республики «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» Министерства труда и социальной защиты Чувашской Республики, г. Чебоксары*
***Гурьева Е. В.**, главный реабилитолог Министерства здравоохранения Чувашской Республики, г. Чебоксары*

В Чувашской Республике создана многоуровневая система охраны здоровья и социальной защиты детей, в которой воплощены принципы межведомственного взаимодействия, достаточной базовой помощи, доступности высококвалифицированной медицинской помощи и рациональной организации всей службы.

В республике сформирован региональный сегмент Федерального регистра детей-инвалидов, который обеспечивает полицевой контроль ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности, в сочетании со статистическим анализом демографических показателей, позволяющих получить представление об уровне и структуре инвалидности.

На 01.01.2018 года на территории Чувашии проживали 4825 детей-инвалидов, в том числе детей с заболеваниями нервной системы и органов чувств 26%, с патологией опорно-двигательного аппарата-16,9%, с нарушениями интеллекта 41,6%. На протяжении последних лет численность детей-инвалидов остается практически стабильной, с незначительной тенденцией к снижению. Дети данной категории составляют 1,9 % от общей численности детей в возрасте до 17 лет включительно.

Касаясь вопросов детской инвалидности следует отметить, что в современных условиях комплексная реабилитация (третичная профилактика) и социальная интеграция детей с ограниченными возможностями являются одними из приоритетных направлений государственной социальной политики всех цивилизованных государств. Приоритетность обусловлена, с одной стороны, отчетливой тенденцией к увеличению детей с ограниченными возможностями, а с другой,

процессами мирового развития и интеграции, в которых соблюдение прав и свобод по отношению к лицам с ограниченными возможностями является неотъемлемым атрибутом цивилизованного государства. Кроме того, это право на раннее квалифицированное медицинское сопровождение, когнитивное и психо-эмоциональное развитие (ранее вмешательство), дошкольное и школьное образование, право жить в семье, т.к. именно данные условия являются базисными и необходимыми для наиболее эффективной социализации, адаптации и последующего профессионального становления, а также реализации принципов нормализации и независимой жизни.

Сложившийся уровень инвалидности среди детского населения, несомненно, диктует создание и развитие ранней, эффективной, комплексной, управляемой и доступной службы (системы) реабилитации, действующей на принципах интегративного, межведомственного подхода и нормализующей все уровни функционирования ребенка (биологический, психологический, семейный, образовательный, социальный).

В регионе ведущим учреждением, оказывающим комплексную реабилитацию детям с ограниченными возможностями, в том числе, детям-инвалидам является бюджетное учреждение «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» Министерства труда и социальной защиты Чувашской Республики на базе которого внедрены современные социально-адаптационные, лечебно-реабилитационные и психолого-педагогические технологии. Активно внедряются технологии раннего вмешательства. С 2010г учреждение является опорно-экспериментальной площадкой в ПФО по направлению: «Полипрофессиональный подход к медико-социальной реабилитации и средовой адаптации ребенка-инвалида».

В целях качественного оказания реабилитационных услуг в Центре создана реабилитационная и абилитационная инфраструктура для детей - инвалидов: для безбарьерной среды передвижения по зданию Центр оснащен лифтами и пандусами, поручнями; с целью доступности комплексной реабилитации для детей-инвалидов с нарушениями ОДА (колясочников), проживающих в г. Чебоксары, организована доставка детей транспортом Центра оснащенного подъемным устройством; с целью доступности комплексной реабилитации для детей, проживающих в районах Республики, в Центре функционирует стационарное отделение на 50 мест, в том числе 30 мест круглосуточного стационара из них 10 мест «Мать и дитя».

Ежегодно Центр посещают более 1400 детей, из которых 92% дети – инвалиды, остальные – с прогнозом на инвалидность, но имеющие возможность, при своевременно принятых мерах, им не стать. Это достигается с помощью комплекса проводимых в учреждении реабилитационных мероприятий включающих медицинские, психологические, педагогические, экономические, социальные и другие мероприятия, что в современных условиях является международным

стандартом оказания реабилитационной помощи. Продолжительность курса реабилитации составляет 21 день. Основной контингент детей, поступающих в Центр, это дети с заболеваниями неврологического профиля и нарушениями двигательной функции, в т.ч. с ДЦП со средними и выраженными нарушениями со стороны НС (до 80% от общего количества всех поступающих детей). В структуре болезней нервной системы наибольший процент составляет ДЦП - 53,4%.

В работе Центра активно используются современные методики восстановительного лечения, технологии медицинской, психолого-педагогической реабилитации, социально-бытовой и социально-средовой адаптации, творческой и социокультурной реабилитации.

Показатель эффективности реабилитации составляет 93% и обусловлен комплексным подходом к решению реабилитационных задач, в том числе, за счет внедрения новых технологий и форм работы, а также с тем, что ребенок находится в течении всего курса с мамой, которая помимо психологической помощи, получает знания по проведению различных реабилитационных методов для дальнейшего использования их в домашних условиях.

В медико-социальной реабилитации используются методы: динамической проприоцептивной коррекции; кинезиотерапии, в том числе методы PNF и Бобат; гидрокинезотерапии, в том числе, «лечебное плавание»; аппаратной физиотерапии, в том числе микрополяризация головного мозга; магнитотерапии, лазеротерапии, теплолечения; галотерапии; массажа; нетрадиционной медицины (Су-Джок-терапия, иглотерапия).

В республике успешно развивается высокотехнологичная помощь детям с ДЦП. В условиях Федерального центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования в г. Чебоксары освоены методики коррекции костно-мышечной системы, в том числе при детском церебральном параличе. С 2009г наше учреждение активно принимает пациентов в послеоперационном периоде на реабилитацию, что позволило достичь максимальной эффективности (92%) в реабилитации детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и ДЦП. За три года послеоперационные курсы реабилитации получили 369 ребенка с ДЦП

В психолого-педагогической реабилитации используются методы: речевой коррекции и развития речи; психодиагностики и психологической коррекции; монтессорипедагогики; музыкотерапии, в том числе с помощью звукового луча «Саунд-Бим»; физкультурно-оздоровительной коррекции двигательных нарушений, стрейтчинг; лечебной хореографии.

Социальная реабилитация состоит из блоков социально-бытовой и социально-средовой (рекреационной) адаптации с использованием Студии социально-бытовой адаптации и профориентации, творческой реабилитации в т.ч. театральной деятельности, лечебной хореографии и методов социокультурной реабилитации.

Таким образом, объединение медицинской, психологической, социальной и педагогической моделей в системной концепции реабилитации является особой методологической установкой, которая дает возможность получить максимально положительный эффект в улучшении качества жизни ребенка ребенка-инвалида.

В настоящее время проблеме реабилитации детей с ограниченными возможностями уделяется большое внимание как в России в целом, так и в Чувашской Республике в частности. Одним из актуальных направлений реабилитации ребенка-инвалида является комплексный подход в организации помощи таким детям. Теоретические исследования и практика работы в Реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями показывают, что комплексный подход является одним из самых эффективных в технологии восстановительного лечения и реабилитация детей-инвалидов и позволяет добиться существенного улучшения качества жизни детей инвалидов.

СОЦИАЛЬНО - МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗДОРОВЬЯ

РОЛЬ СИСТЕМЫ BRAIN PORT В НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ

Данилов Ю. П., *профессор лаборатории тактильной коммуникации Нейрореабилитации в uw-Мэдисон (TCNL), Университет штата Висконсин, США*

Качество жизни пациентов при выраженном неврологическом дефиците остается на очень низком уровне.

Больные, которые ранее считались глубокими инвалидами без малейшей надежды на то, что когда-либо у них снова появится способность самостоятельно передвигаться с помощью системы Brain Port.

Brain Port – это новый метод нейрореабилитации, который основан на эффективной нейростимуляции головного мозга. Эта техника особенно тщательно разрабатывается в последние годы и позиционируется, как абсолютно нестандартный подход к лечению пациентов с нарушениями двигательных функций. Также существуют и другие заболевания нервной системы, которые могут привести к нарушениям способности двигаться, удерживать равновесие, нарушениям речи, – это инсульты, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз и т.д.

Методика Brain Port базируется на основных принципах нейропластичности и при её применении используется комплексный подход для влияния на структуры и клетки, которые отвечают за нормальное функционирование нервной системы. Если дополнительно к стимуляции процессов саморегенерации использовать специальные умственные и физические упражнения, то можно сосредоточиться на развитии определенных отделов головного мозга, которые регулируют множество очень специфических неврологических процессов и функций:

Приоритетность системы Brain Port заключается в следующих положениях: не инвазивная технология очень проста в применении и не требует каких-либо серьезных усилий со стороны пациента, чтобы её освоить; безопасность для пациента; методика требует активного участия больного в процессе лечения, что еще больше повышает шансы на успешный исход. Система Brain Port широко используется как одно из направлений нейрореабилитации пациента в комбинации с медикаментозной терапией и современными технологиями физиотерапии. Эффективность методики: Вначале аппарат Brain Port представлял собой прибор, который посылал электрический импульс на язык и опосредованно через него в мозг, благодаря чему у пациентов с потерей зрения появлялись визуальные поля. Больные, которые были слепыми инвалидами, могли самостоятельно находить двери, не сталкивались с

окружающими их предметами и людьми, и даже ловить брошенный им мяч. Сегодня система Brain Port применяется не только пациентами с проблемами зрения.

Система Brain Port была изобретена в лаборатории нейрореабилитации и тактильной коммуникации Университета Висконсина-Мэдисона, США в 1992 году. Основателем метода является американский ученый Пол Бах-У-Рита, который впервые высказал гипотезу о пластичности мозга еще в 1969 году. Технология Brain Port активизирует процессы нейропластичности путем нехирургической тактильной электростимуляции двух из двенадцати черепно-мозговых нервов: тройничного и лицевого.

В течении длительного времени технология применялась только в исследовательских лабораториях США. После того, как был показан значительный положительный результат, аппарат электрической нейростимуляции Brain Port был апробирован в соответствии с европейскими стандартами оказания медицинской помощи и был признан и одобрен мировым научно-медицинским сообществом.

Новая система Brain Port, стимулируя тактильную чувствительность языка, обеспечивает передачу утерянного сигнала от вестибулярного аппарата и структур внутреннего уха в головной мозг.

Очень важным является тот факт, что этот эффект сохраняется даже после того как стимуляция уже была прекращена. Пациенты, пройдя курс лечения на аппарате Brain Port, могут постоянно поддерживать равновесие, сохраняют физиологическую походку.

Подавляющее большинство пациентов, успешно прошедших терапию, демонстрируют существенное улучшение жизненных функций согласно стандартам оценки качества жизни больного, причем эти улучшения являются как краткосрочными, так и долгосрочными. Для того, чтобы получить устойчивый стабильный результат пациенту вполне достаточно двух недель тренировок.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВЕЛОТРЕНАЖЕРОВ «АНГЕЛ-СОЛО» В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Григорьева С. А., *инструктор-методист ЛФК Автономного учреждения социального обслуживания Удмуртской Республики «Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», г. Ижевск*
Чеснокова Л. В., *педиатр, заместитель директора по социально-медицинской реабилитации Автономного учреждения социального обслуживания Удмуртской Республики «Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», г. Ижевск*

Дети с заболеваниями опорно-двигательного аппарата в структуре детей, получающих реабилитацию в Реабилитационном центре «Адели»

(далее – центр), составляют около 30-40 % . И большинство из них - это дети с детским церебральным параличом (далее – ДЦП).

ДЦП – это группа непрогрессирующих нарушений позы тела и движений, вызванных повреждением центральной нервной системы, произошедшим в перинатальном периоде. Двигательные нарушения ДЦП часто сопровождаются интеллектуально-мнестическими, речевыми и пароксизмальными расстройствами. Однако на первом месте по уровню причиняемого страдания стоят глубокие нарушения двигательных функций.

ДЦП не вылечивается, но своевременное и правильное восстановительное лечение способно привести к значительному улучшению функций, нарушенных болезнью.

Для детей с ДЦП характерна мышечная слабость и аномально высокая спастичность мышц в пораженных конечностях, которые приводят к задержке моторного развития.

Основная проблема детей, больных церебральным параличом – это низкая физическая активность. До недавнего времени считалось, что чрезмерные нагрузки таким детям не показаны, так как способны вызывать мышечную спастику и анормальные движения. Современные исследования доказали, что физические нагрузки, направленные на физическое развитие и упражнения на сопротивление улучшают и общую выносливость, силу, и характер физической деятельности детей с ДЦП.

Лечение ДЦП почти всегда направлено на максимально возможное развитие двигательных навыков для каждого конкретного ребенка.

Основу реабилитационного лечения при детском церебральном параличе составляют ЛФК и механотерапия. Для более эффективных занятий с детьми, страдающими детским церебральным параличом, в центре имеются специальные аппараты и приспособления: нейро-ортопедические реабилитационные пневмокостюмы «Атлант», фиксирующие суставы и обеспечивающие растяжение мышц, позволяющие выработать правильный двигательный стереотип и уменьшить спастику мышц, а также реабилитационные костюмы «Адели», которые перераспределяют нагрузку на суставы и мышцы, образуя «виртуальный» мышечный каркас, всевозможные ходунки и различные приспособления, ортезы и другие различные средства, которые позволяют им развиваться физически, тренировать мускулатуру, учат или просто помогают ходить, стоять и совершать другие действия.

Недавно к ним добавился еще один метод реабилитации – обучение ребенка с ДЦП езде на велосипеде.

Опыт реабилитации детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата с помощью велосипеда в Реабилитационном центре «Адели» начался в 2017 году, когда совместно с Канифольным детским домом-интернатом для умственно отсталых детей, центр участвовал в реализации проекта по эффективному применению адаптивной физической культуры для детей-инвалидов «Мы доедем! Мы дойдем!».

В рамках проекта центр получил 2 велотренажера «Ангел-Соло». Сейчас в центре 10 велотренажеров для детей от 4 до 14 лет и взрослые велосипеды.

Во время проекта были разработаны программы занятий с детьми-инвалидами на тренажерах и велосипедах, а также были созданы условия для повышения эффективности реабилитационной и социальной адаптации детей-инвалидов с использованием ходунков-тренажеров «Ардос», вертикализаторов, велотренажеров «Мотомед» и «Ангел-Соло».

Езда на трехколесном велосипеде уникальный метод реабилитации, потому что наряду с хорошей физической подготовкой дарит непередаваемые положительные эмоции ребенку, что очень важно для всего реабилитационного процесса.

Езда на велосипеде направлена на тренировку нижних конечностей, которые в ходе выполнения стандартных действий попеременно растягиваются, напрягаются и сгибаются. Такой диапазон движений особенно важен, в противном случае - если в мышцах нет достаточного напряжения, они будут отставать от костей по росту. В большинстве случаев инвалидизирующие контрактуры – это прямое следствие неподвижности.

В начале занятий по обучению езде на велосипеде все дети, которым назначен данный реабилитационный маршрут, проходят тренировочный процесс на роботизированном тренажере «Мотомед». Занятия на «Мотомеде» направлены на развитие мышечной памяти и навыков вращательных движений.

Во время занятий ведется контроль эффективности: учитывается пройденное расстояние (общее и активное) и симметричность работы ног.

Некоторые дети, перед тренировочным процессом на «Мотомеде» нуждаются в занятиях на тренажере Ардос», который позволяет ребенку создать ощущение самостоятельности: «я сам», «я могу».

Дети, освоившие занятие на роботизированном тренажере, пересаживаются на реабилитационный велосипед-тренажер для детей с ДЦП «Ангел-Соло».

Езда на специальном трехколесном велосипеде развивает четырехглавую мышцу ребенка, бедренные мышцы и мышцы лодыжки, помимо этого стабилизируется равновесие туловища. Постоянная тренировка на трехколесном велосипеде оказывает положительное влияние на походку. Езда на велосипеде позволяет ребенку разрабатывать мышцы ног и спины, улучшать координацию движений, получать удовольствие. Дети учатся ездить по прямой траектории, управлять рулем (что многим детям тяжело дается из-за спастичности верхних конечностей и несформированного глазодвигательного анализатора), по кругу, «змейкой».

Занятия проходят как в помещениях центра, так и на улице, благодаря чему дети имеют возможность почувствовать себя более свободными и уверенными во время прогулок, развивать мышечную силу,

вестибулярный аппарат, контроль туловища, плеч и головы, увеличение подвижности и гибкости суставов.

Одним из основных результатов занятий на велосипедах «Ангел-Соло» является то, что происходит преодоление психологических барьеров, препятствующих ощущению полноценной жизни ребенка. Помимо этого отмечено, что позитивный результат от занятий на велосипедах коррелирует с улучшением умственных способностей ребенка с ДЦП.

По словам Т.Т. Батышевой, главного специалиста по детской реабилитации Министерства здравоохранения РФ, одной из основных современных «мишеней в профилактике ДЦП» является ранняя диагностика. Актуальной «мишенью» является и ранняя реабилитация.

Младенческий возраст является уникальным временным интервалом, в течение которого, при своевременном и адекватном лечении, исход является наиболее перспективным, тогда как с возрастом реабилитационный потенциал ребенка сокращается, что сопровождается заметным снижением ответа на терапию.

Особенно важно проводить интенсивные реабилитационные мероприятия в раннем возрасте. В этот возрастной период мозг ребенка находится в стадии активного развития, и его здоровые участки могут начать выполнять функции поврежденных участков. С организацией Службы ранней помощи на базе центра ранняя реабилитация ребенка с ДЦП становится реальностью.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЛЕЧЕБНО – ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ПРОЕКТА «ШКОЛА ДВИЖЕНИЯ» (РЕГИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА)

***Лучникова Т. А.**, директор Областного государственного казенного учреждения социального обслуживания «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Подсолнух», г.Ульяновск*

В физической реабилитацией изменяются не только телесные показатели и параметры здоровья, но появляются и развиваются новые социальные навыки, а также меняется уровень социальной адаптированности ребенка и воспитывающей его семьи.

Лечебно-оздоровительный проект «Школа движения» был запущен в регионе в 2013 году при софинансировании Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (г.Москва). Проект - составная часть региональной программы «Быть равным» и реализуется в Центре «Подсолнух». Учреждение является Ресурсным центром региона по внедрению социальных технологий для семей, воспитывающих детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья.

Цель проекта: внедрение новых технологий в реабилитации детей, подростков и молодых людей с ограниченными возможностями здоровья в учреждениях социального обслуживания населения.

На первом этапе работы акцент был сделан на развитие двигательных навыков детей с ДЦП и комплексными множественными нарушениями. В проект было включено 40 детей без самостоятельных навыков хождения в возрасте 8-16 лет, 20 подростков со сложными, комплексными нарушениями здоровья в возрасте 18 -26 лет. Занятия проводились в группах, 3 раза в неделю, на базе Центра «Подсолнух» и включали в себя такие методы физической реабилитации: ЛФК в бассейне, упражнения на тренажерах, занятия на реабилитационных велосипедах, массаж, нахождение в вертикализаторах не менее 2-часов в день, использование столов – опор в быту (в центре работает служба проката), пешеходные и водные туристские походы одного дня, участие в спортивно-оздоровительных мероприятиях. Команда проекта: врач лечебной физкультуры, врач-невролог, хирург-ортопед, педагог-психолог, руководитель физвоспитания, инструктор ЛФК, социальный педагог, специалист по социальной работе, тренеры по плаванию и туризму.

Замеры, проводимые по результатам работы за год, показывали, что отмечается выраженная динамика по объективным данным: увеличение силы мышц в проксимальных и дистальных отделах в среднем на 1 балл; по данным гониометрии в 97 % случаев увеличение объема движений в крупных суставах ног на 12-13 градусов при пассивном движении, на 7-10 градусов при активном движении; уменьшение эквинусной позиции стоп (цыпочки) у 45 % детей на 7-10 градусов в силу снижения спастики и улучшения эластичности мышц и связок.

По субъективным данным: улучшение трофики тканей, уменьшение степени выраженности патологических поз и двигательного стереотипа в 100% случаев, снижение числа респираторных заболеваний в 100 % случаев.

По результатом педагогической диагностики: у 73 % детей пропала водобоязнь, дети смогли передвигаться по воде с помощью кругов и нарукавников, совершать движения руками и ногами, отталкиваться от бортика, нырять, некоторые осваивали различные техники плавания; у 65 % детей в ходе занятий на велосипедах и велотренажерах освоен подъём и спуск с препятствиями, «змейка», ускорение и остановка на велосипедах, повысилась общая выносливость, 7 человек начали самостоятельно крутить педали. Занятия на велосипедах в весенне-летний период проводились на стадионе, и это повысило мотивацию детей на достижения. Если в условиях зала лечебной физкультуры ребенок без навыков движения в течение 30 минут делает 20 движений самостоятельно, и 30-50 движений с помощью инструктора, то в течение получаса на стадионе ребенок делает на велосипеде до 300 самостоятельных движений на фоне позитивных эмоций.

Мотивация родителей тоже повысилась родители стремились к увеличению результатов. Некоторые семьи, после прохождения курса занятий, приобрели велосипеды для продолжения физической реабилитации ребёнка в домашних условиях.

Одним из эффективных направлений программы стало включение детей и подростков с нарушениями движения и с ментальными нарушениями в занятия адаптивными видами спорта. Регулярные занятия в секциях по бочче, новусу, в бассейне, занятия на специальных велосипедах, пешеходный, водный и лыжный туризм позволили значительно повысить мотивацию к активному образу жизни и добиться существенных результатов в освоении навыков самостоятельного движения, улучшить качество жизни.

Часть детей показали очень хорошие результаты по плаванию и регулярно участвовали в соревнованиях теннису, стрельбе из лука, бочче. Впервые в регионе была разработана программа «Водный туризм». Подростки –инвалиды прошли общетеоретическую подготовку по правилам безопасности на воде, обучились владению снаряжением (надеванию спас жилетов, посадке на байдарку, действиям с веслом), а также занимались общефизическим развитием. В зимний период детям предлагаются занятия на лыжах и снегоступах.

Однако, по истечении 3 лет стало заметно, что достигнув определённого положительного результата в развитии двигательных или коммуникативных навыков, у подростка - инвалида наступила «ровная полоса», а у некоторых – возвращение к прежним результатам, которые были до занятий.

Если на первом этапе содержание деятельности проекта было направлено на ребенка и родитель рассматривался как участник реабилитационного процесса, чаще всего искренне заинтересованный в положительных изменениях у ребенка, то сейчас реабилитация рассматривается в комплексе как физическая и психолого педагогическая, где родителей и ребенок являются активными участниками.

Психологическая работа с членами семей, воспитывающих детей-инвалидов, должна быть дифференцирована по своему содержанию и методам. Основанием для дифференциации содержания, форм и конкретных методов психологической помощи являются характеристики взаимодействия матери/отца и ребенка-инвалида, и детско-родительские отношения, поскольку именно они являются основным фактором полноценного психического развития ребенка.

Опыт включения родителей в систему психолого-педагогической помощи показал, что стратегии их поведения и степень активности, напрямую влияющих на эффективность реабилитационного воздействия, характеризуются большим разнообразием. Это обстоятельство указывает на необходимость всестороннего изучения индивидуально-психологических факторов, обусловливающих различия в поведении

родителей во взаимодействии с «особым» ребенком, осознание стратегий воспитания.

Систематические реабилитационные занятия приводят к тому, что семьи, в которых проживают люди с инвалидностью, начинают перестраивать свои жизненные сценарии, например, принимать решения о спортивной карьере своего ребенка. Показательным примером для нас стало решение трех мам (из 20) начать заниматься плаванием параллельно с детьми. Они оплачивали себе инструкторов и занимались на соседних дорожках. Со-творчество в общей деятельности позволило одной семье принять решение поехать самостоятельно (мама и подросток без навыков самостоятельного хождения) в Калининград (детская мечта мамы) и успешно реализовать задуманное.

Итак, расширение сфер жизнедеятельности, выработка и реализация стратегии жизни и интеграции семьи – важное направление психологического сопровождения физической реабилитации в рамках лечебно – оздоровительного проекта «Школа движения».

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЦЕНТРА KLIMMENDAAL

Лущикова Н. Г., *невролог, врач лечебной физкультуры, стажер центр реабилитации Климмендаал, Нидерланды, г.Арнхем*

Климмендаал - это реабилитационный центр для пациентов с физическими и ментальными проблемами, расположенный в восточной части Голландии, где в течении года проходят реабилитационный процесс 6600 пациентов (из них 5700 поликлиннические и 900 стационарные).

Климмендаал имеет 8 филиалов с главным офисом и клиникой в Арнеме, который называется Groot Klimmendaal, что обозначает Большой Климмендаал. Здание открыто в 2010 году и расположено в зеленой зоне на переферии города рядом с деревней для инвалидов. Прекрасные дороги и велосипедные дорожки позволяют инвалидам самостоятельно на инвалидных креслах и скутермобилях подъезжать к центру для лечения или для занятий спортом. Здание имеет 4 этажа с просторными и уютными корридорами, лифтами и лестничными блоками, ординаторскими, офисами для сотрудников, кабинетами для лечения, спортзалами, фитнес залами и кабинетами для индивидуальных занятий, бассейнами (один с холодной водой и глубокий, другой бассейн с теплой водой и неглубокий). Оба бассейна имеют специальное оборудование для безопасного спуска в воду людей с физическими недостатками.

Для пациентов и сотрудников на первом этаже здания расположена просторная столовая. На верхних этажах размещены 3 клинических отделения для взрослых и одно для детей. В каждом отделении 15-17

человек. Там же находятся круглосуточный пост для медсестер, процедурные кабинеты, кабинеты для санитарной обработки помещений.

Кроме клинической помощи, сотрудники Климмендаала ведут поликлинический и консультативный приемы. На втором этаже здания расположен лечебно-диагностическое отделение, где располагается комплекс DeGrie, беговая дорожка на движущейся платформе, огромный панорамный экран, на котором создается картина в 3-х мерном изображении для определения состояния мышц и характере движения. При использовании других программ возможны лечебно-тренировочные курсы для людей с вестибулярными, психическими и моторными нарушениями.

В Большом Климмендале работают 7 докторов (врачи-реабилитологи), 5 докторов на обучении (ординаторы),15 эрготерапевтов,15 физиотерапевтов, 5 социальных работников, психологи, логопеы, мануальные терепевты, специалисты по движению, массажисты. Для согласования работы всех специалистов и распределению их в течении дня по пациентам клиники и поликлиники, работает медицинский секретариат, а так же отдел планирования. Каждую неделю пациенты получают недельную схему различных процедур, а специалисты получают список пациентов, с которыми им надо работать в котором часу и в какой аудитории. В здании рядом расположена ортопедическая мастерская, где готовятся протезы и ортезы для инвалидов.

В отделения поступают пациенты чаще всего из больницы после перенесенных инсультов, травм головного и спинного мозга. Так же в отделениях лежат больные с хронической болью, рассеяным склерозом, с болезнью Паркинсона, врожденными патологиями ЦНС и нервно-мышечной патологией в стадии обострения или на очередной курс реабилитации по показаниям. Два раза в неделю проводится врачебный обход с доктором, ко-ассистенотом (ординатором) и медсестрой.

Один раз в 3 недели собирается тиминг (совещание команды) специалистов, которые работают с конкретным пациентом. Обсуждаются лечение каждого больного и план на короткий срок, а так же рассматриваются долгосрочные задачи, чего хочет добиться пациент и что могут сделать специалисты.

Что и какую цель должен ставить пред собой каждый специалист. Если есть необходимость, привлекаются др. специалисты.

Пациенты лежат в клинике примерно 3 месяца.

При выписке, если человек нуждается в транспортных средставах по показаниям, то социальные работники связываются с соцотделом по месту жительства и делают запрос.

В течении некоторого времени пациент получает инвалидное кресло или скутермобиль. Так же существуют общества для родителей с детьми – инвалидами, с детьми-монголами (дети с болезнью Дауна). Они общества финансируют ежедневный привоз детей на инвалидных колясках в спец. школу, если у их родителей нет финансовой возможности.

После лечения и восстановления в Климмендаале пациент отправляется на дом, где передается под наблюдение домашнего доктора или гериатора, с посещением Климмендаала, или к пациенту на дом могут приходить физио-или эрготерпевты или пациент переводится в дом с дополнительными условиями (верзорггинг хауз) где за пациентом проводится наблюдение, оказывается необходимая помощь и он адаптируется к социальной среде и быту.

Школы для детей с физическими и умственными отклонениями расположены в зеленой части гоорода. Дети, начиная с 4 летнего возраста, начинают свое базовое образование. В спецшколах дети получают мед и педпомощь, проходят процессы реабилитации и учатся жить в социальной среде. В таких школах с детьми занимаются педагоги, логопеды, физиотерепевты, эрготерапевты.

В группах занимаются по 7-8 человек. Классы распределены не по возрасту, а по умственному развитию ребенка. В классах, где дети умственно отсталые, работают 3-4 специалиста, часто с ними рядом находится один из родителей. В школах есть и комнаты, обустроенные для эрготерапии, оснащеные аппаратами БОС.

Диагноз ДЦП ставится в течении первых 2 лет жизни. В 1 год ребенку делается МРТ, если никаких нарушений в мозге не выявлено, повторяют еще раз в полтора года.

При выраженных клинически симптомах и отстутствии изменений на мрт диагноз ставится клинически. Ребенок находится под наблюдением невропатолога, физиотерапевта, логопеда, эрготерапевта, педагога.

В Климмендаале существуют специальные группы, куда приходят родители заниматься вместе со своими детьми, приобщая их к обществу. С ними индивидуально работают специалисты, проводятся учебы с родителями, как воспитывать ребенка с определенными физическими и ментальными недостатками, а так же у родителей есть возможность пообщаться и поделиться собственным опытом и задать вопросы специалистам.

Такую группу ведет социальный работник, который так же является контактным лицом и он уже общается с врачом-реабилитологом, координирующим работу всех специалистов, а так же он дает советы по лечению, обучению, ношению ортопедической обуви или использование ортезов, лангет и других вспомогательных средств.

Так же решается вопрос об инъекциях ботулинотоксина, операции. Если есть проблемы с вскармливанием, то решается вопрос о зонде.

Основной задача врачей реабилитологов в Климмендале научить его жить в социальной среде самостоятельно с теми особенностями, которые у него есть, и чувствовать себя полноценным членом общества.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА «АДЕЛИ»

Мелека Т. А., *врач-педиатр, заведующий отделением социально-медицинской реабилитации Автономного учреждения социального обслуживания Удмуртской Республики «Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» г. Ижевск*
Кутявина С. И., *врач ЛФК Автономного учреждения социального обслуживания Удмуртской Республики «Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» г. Ижевск*
Михайлова С. П. *врач ЛФК Автономного учреждения социального обслуживания Удмуртской Республики «Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» г. Ижевск*

Инвалидность у детей приводит к существенному ограничению жизнедеятельности, способствуя их социальной дезадаптации, которая обусловлена нарушениями в развитии, ограничении мобильности, самообслуживания, в ограничении общения со своими сверстниками и взрослыми, с природой, недоступностью ряда культурных ценностей, обучения, овладении в будущем профессиональными навыками.

В связи с этим реабилитация детей-инвалидов, как одно из направлений социальной политики, приобрела государственный характер.

Основной целью реабилитационного центра «Адели» является оказание детям и подросткам в возрасте до 18 лет, имеющим отклонения в физическом или умственном развитии, и воспитывающим их семьям квалифицированной социально-медицинской, социально-психологической, социально-педагогической помощи, максимально полной и своевременной реабилитации на всех этапах восстановительного лечения, социальной адаптации к жизни в обществе, семье, к обучению и труду в пределах реабилитационной программы или рекомендаций лечащих врачей.

Значительное количество детей с отклонениями в развитии и с двигательными нарушениями дошкольного возраста не посещает детские дошкольные учреждения, а дети школьного возраста обучаются по индивидуальным программам на дому, что значительно ограничивает социальные контакты этих детей и, в конечном итоге, обуславливает их социальную дезадаптацию.

Исходя из этого, миссией центра является обеспечение условий для проведения непрерывной реабилитации, гармоничного, свободного развития, повышения качества жизни детей, подростков и их семей в соответствии с законодательством Российской Федерации и Удмуртской Республики.

Для реабилитации детей с двигательными нарушениями в нашем центре широко используется роботизированная механотерапия. Это одно из новейших направлений восстановления двигательных функций пациента, суть которой заключается в использовании специальных

роботизированных конструкций для тренировки функций верхних и нижних конечностей с наличием обратной связи.

Наиболее современным представителем этого направления реабилитации является роботизированный комплекс для локомоторной терапии с расширенной обратной связью Locomat.

Основная цель применения Lokomat - восстановление функции ходьбы, если она была утрачена в силу какого-либо заболевания или травмы, обучение ходьбе детей, никогда не владевших этим навыком, а также коррекция патологической походки у ходячих пациентов.

Благодаря наличию надежной системы фиксации, во время тренировки на Lokomat пациенты находятся в вертикальном положении, к нижним конечностям крепятся подвижные ортезы, которые имитируют физиологическую ходьбу по беговой дорожке.

При этом происходит естественная стимуляция рецепторов опорных зон стопы, приводящая к активации областей коры головного мозга, отвечающих за локомоцию, что позволяет заново формировать навыки моторной активности. Расширенные инструменты обратной связи Lokomat, отображающие активность ходьбы в режиме реального времени, обеспечивают биологическую обратную связь и высокий уровень мотивации пациента.

Еще одним современным методом нейрореабилитации, который применяется в нашем центре, является имитация опорной нагрузки с помощью аппарата «Корвит». Во время процедуры происходит механическая стимуляция опорных зон стопы с помощью пневмостелек, размещенных в специальной «обуви», пациент при этом находится в лежачем или сидячем положении. Принцип действия подобен воздействию Lokomat - обеспечение потока импульсов с рецепторов стопы, что в конечном итоге способствует снижению мышечного тонуса, улучшению стереотипа ходьбы, профилактике тромбозов сосудов нижних конечностей. Имитация опорной нагрузки показана при заболеваниях, сопровождающихся двигательными расстройствами и гипокинезией. Метод имеет узкий спектр противопоказаний и хорошо переносится детьми.

Одной из современнейших технологий в реабилитаци детей с двигательными нарушениями является кинезиотерапия с использованием подвесной системы «Экзарта», назначение которой – быстрое устранение боли и восстановление подвижности позвоночника и суставов. Ее применяют для реабилитации при детском церебральном параличе, после заболеваний и травм спинного мозга, у пациентов с болью и ограничением движений в позвоночнике и суставах. Использование системы вместе с методикой «Экзарта» позволяет провести диагностику функционального состояния мышечно-фасциальных цепей и на основе диагностики составить и реализовать программу лечения. С помощью упражнений в подвесной системе подбирается оптимальный уровень нагрузки (независимо от тяжести состояния пациента). Это способствует

восстановлению нервно-мышечного контроля, устранению биомеханических нарушений в отдельных суставах и формированию правильных двигательных стереотипов.

Кинезиотерапия по методу В. Войты использует рефлекторно вызываемые движения, способствует пробуждению и стимуляции локомоторных комплексов, заложенных природой в двигательном развитии человека. Это система освоения двигательных моделей, при которой путём приложения стимулов в соответствующих зонах в исходном положении тела, при сопротивлении в определённых областях провоцируются двигательные модели, выполняемые ребёнком активно. В основе терапии лежит пробуждение и стимуляция заложенных генетически в двигательном развитии человека двух рефлекторных локомоторных актов (поворота и ползания). Эти два локомоторных акта - базис всех остальных движений человека. «Научив» ребёнка этим двум движениям, появляется возможность запустить в мозге ребёнка программу нормального двигательного развития. У младенцев центральная нервная система еще очень пластична, хорошо поддается формированию. Некоторые нервные пути в мозге часто полностью блокированы из-за перенесенной гипоксии, родовой травмы, внутриутробной инфекции, но в принципе остаются доступными. Ненормальные движения (замещающие правильный образец), возникающие из-за постоянного, но патологически измененного выпрямления и передвижения, еще не закреплены, что позволяет изменить их в правильную сторону и, следовательно, достичь максимального эффекта при Войта-терапии.

Исходя из вышесказанного можно смело утверждать, что Войта-терапия является мощным не только лечебным, но и профилактическим средством для детей с детским церебральным параличом и другими двигательными нарушениями.

Важным звеном реабилитации детей с двигательными нарушениями является гидрокинезиотерапия. Гидрокинезиотерапия представляет собой направление физической реабилитации, направленное на восстановление организма в условиях водной среды или ее средствами. При заболеваниях неврологического характера и церебральных параличах, черепно-мозговых травмах и последствиях инсультов рекомендованы регулярные лечебные водные процедуры и занятия в бассейне, которые способствуют улучшению вентиляции легких и стимуляции кровообращения, регуляции мышечного тонуса и нервно-рефлекторной возбудимости.

Вода – это не только основа всего сущего, но и отличный психотерапевт. Оказывая мягкое массирующее воздействие на кожные рецепторы, эта особая среда мотивирует выработку гормонов удовольствия и дарит человеку новые ощущения сразу на нескольких уровнях – слуховом, зрительном и тактильном, что, в свою очередь, способствует стимулированию нервно-психической деятельности. А упражнения, выполненные в водной среде, по эффективности в несколько раз превосходят обычные: они укрепляют костно-мышечную систему,

улучшают подвижность и гибкость суставов и, как следствие, предотвращают образование контрактур. Кроме того, подобные занятия – отличный способ усовершенствовать навыки передвижения при ограниченной мышечной силе и подвижности суставов за счет сопротивления воды. В данном случае она выступает своеобразной опорой для рук и ног, в результате чего тело приобретает поступательное движение.

Также вода «учит» управлять телом в пространстве, перемещая центр тяжести, корректировать координацию и развивать новые двигательные реакции, даже те, которые ранее не выполнялись, тренирует вестибулярный аппарат, помогая держать тонус мышц на оптимальном уровне для физиологически нормального положения тела. Занятия, сочетаемые с подводным массажем, помогают: двигать конечностями с разной амплитудой; совершенствовать двигательные навыки при свободном движении; учиться плаванию и ходьбе без посторонней помощи; стимулировать клетки головного мозга за счет погружения под воду и задержке дыхания. В нашем центре гидрокинезиотерапию получают дети с такими заболеваниями, как синдром Дауна, нарушения аутистического спектра, детский церебральный паралич, вялый паралич, инсульт, сколиозы. В каждом случае перед ребенком ставятся разные задачи и выполняются под руководством инструктора.

Таким образом, комплексное использование современных методов реабилитации в условиях Реабилитационного центра «Адели», с учетом реабилитационного потенциала, индивидуальных особенностей состояния здоровья детей с двигательными нарушениями, дает право на ожидание высоких результатов реабилитации. Современное оснащение центра обеспечивает доступность в получении высокотехнологичных, инновационных методик медицинской реабилитации.

ОПЫТ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА В РАЗВИТИИ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Паутов Э. С., *кандидат медицинских наук, доцент, ФГБОУ ВО «Чайковский государственный институт физической культуры», г. Чайковский*
Паутова О. В., *магистрант ФГБОУ ВО «Чайковский государственный институт физической культуры», г. Чайковский*
Селякин С. П., *доктор медицинских наук, профессор кафедры ФГБОУ ВО «Чайковский государственный институт физической культуры», г. Чайковский*
Селякина О. Б., *директор Автономного стационарного учреждения социального обслуживания Удмуртской Республики «Канифольного детского дома-интерната для умственно отсталых детей», г.Ижевск*

Реабилитация инвалидов является стратегической основой социальной политики в отношении инвалидов в Российской Федерации. Она рассматривается как система и процесс восстановления нарушенных

связей индивидуума и общества [5]. Несмотря на имеющиеся реабилитационные учреждения, существует ряд проблем: недостаточный спектр необходимых реабилитационных услуг, практически отсутствует ранняя диагностика и реабилитация детей-инвалидов до 3 лет, большинство детей с ограниченными возможностями здоровья не посещают детские дошкольные учреждения [5].

Кроме того, несмотря на развитие новых подходов, методик к реабилитации инвалидов, развитие новых технических средств реабилитации, существует проблема научно-обоснованного подхода к их применению. Особенно это касается реабилитации детей-инвалидов [3]. В контексте разработки обоснованных с научной точки зрения методик адаптивной физической культуры в сочетании со средствами материально-технического обеспечения инвалидов, необходимо тесное сотрудничество реабилитационных учреждений, оказывающих практическую помощь лицам с ограниченными возможностями здоровья и кафедр адаптивной физической культуры на базе учреждений высшего образования. Однако, в части регионов эти кафедры отсутствуют. Поэтому здесь приобретает значение тесное межрегиональное взаимодействие образовательных, социальных, медицинских, реабилитационных учреждений. В нашей публикации мы делимся положительным опытом сотрудничества Автономного стационарного учреждения социального обслуживания Удмуртской Республики «Канифольный детский дом-интернат для умственно отсталых детей» (далее - «Канифольный детский дом-интернат для умственно отсталых детей») и Федерального государственного бюджетного учреждения высшего образования «Чайковский государственный институт физической культуры», расположенного на территории Пермского края.

В 2016 году «Канифольный детский дом-интернат для умственно отсталых детей» стал победителем Всероссийского конкурса проектов по теме: «Использование адаптивной физической культуры реабилитации детей-инвалидов» проект назвали «Мы доедем! Мы дойдем!». Научно-методическое сопровождение обеспечивалось Чайковским государственным институтом физической культуры. Кроме того, в реализации проекта были задействованы Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями и Удмуртский государственный университет.

Основные задачи проекта:

- создание условий для повышения эффективности реабилитации и социальной адаптации детей-инвалидов с умственной отсталостью и детей с ДЦП;

- создание опорной профессиональной площадки на базе «Канифольного детского дома-интерната и тиражирование положительного опыта работы;

- внедрение в практику работы учреждений, осуществляющих работы с детьми-инвалидами, методов обучения детей с ДЦП ходьбе с применением ходунков «АРДОС» и умение езды на велосипеде.

- научно-методическая поддержка специалистов и распространение полученного опыта на территории Удмуртской Республики и Пермского края.

За год в проекте принимали участие: 47 воспитанников Канифольного детского дома-интерната; 22 воспитанника Республиканского реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями, проживающие в семьях; более 200 их сверстников; около 70 взрослых участников проекта – волонтеры, родители, специалисты.

В результате проведения комплекса методических, социальных, культурно-массовых мероприятий и более 700 регулярных занятий, стало возможно внедрение новых форм адаптивной физической культуры для детей с ограниченными возможностями здоровья. Проект позволил участникам сделать важные шаги в преодолении психологических барьеров, препятствующих ощущению полноценной жизни, развить координацию, улучшить работу кардиореспираторной системы организма и просто радоваться новым возможностям и достижениям.

В рамках проекта были реализованы три больших направления работы:

- применение велотренажеров «MOTOMED» и «АНГЕЛ SOLO»;
- применение велосипедов «Stels Energy» и «Иж-байк»;
- использование ходунков тренажеров «АРДОС».

Одним из новейших направлений восстановления двигательных функций у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата является роботизированная механотерапия. В рамках проекта была внедрена программа «Развития мышечной памяти и навыков вращательных движений для детей с ДЦП» с использованием роботизированных тренажеров «MOTOMED» и велотренажеров- «АНГЕЛ SOLO».

Цель занятий на тренажерах — обучение навыкам активного педалирования.

Достоинством робототерапии является достижение наилучшего качества тренировок по сравнению с традиционной лечебной физкультурой [1].

Метод активно-пассивной MOTOmed-терапии включает в себя две составляющие: пассивную терапию, обеспечиваемую за счет встроенного электромотора и активную за счет собственных усилий пациента против электронно-дозируемого тренажера сопротивления. Эффект от применения данного тренажера достигается использованием 3 режимов тренировок: пассивного, активно-пассивного и активного. Результатом использования данного аппарата стало построение алгоритма занятий и разработка поэтапной методики применения.

Велотренажер «Ангел-соло» предназначен для реабилитации детей и взрослых с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата, ДЦП. Данный аппарат сочетает в себе как элементы тренажера для езды «на месте», так и полноценное средство передвижения. В основу настоящей программы положена система занятий, направленная на обучение детей езде на велосипеде, укрепление здоровья, формирование обязательного минимума знаний и умений, обеспечивающего развитие новых социальных ролей, как участника дорожного движения, его культуру поведения на дорогах и улицах, необходимую для устранения опасных ситуаций. Работа проводилась в форме теоретических и практических занятий. Планирование занятий построено по принципу «от простого к сложному» и углублению теоретических знаний и практических умений на каждом последующем этапе.

Многочисленная группа детей была сформирована из воспитанников интерната. Это дети с умственной отсталостью, которые включены в программу «Обучения навыкам езды на велосипеде Иж-байк», как средства физической, психической и социальной адаптации детей инвалидов с умственной отсталостью. Задачи, которые мы преследовали, реализуя эту программу, - преодоление гиподинамии у детей, которые не имели раньше возможности сесть на велосипед. Кроме того, велосипеды использовались и в реабилитации детей с ДЦП и другими двигательными нарушениями.

Очень часто дети, которые не могут ни свободно сидеть, ни стоять или идти, могут сами ездить на велосипеде. Это имеет огромное значение, так как таким образом представляется возможность научить их самостоятельно передвигаться раньше, чем позволяют их способности. Это событие обладает огромным мотивационным влиянием. Езда на велосипеде помогает формировать правильное положение головы и туловища и развивает чувство равновесия. Удержание руля способствует сохранению среднесогнутого положения рук, вырабатывает правильный захват кистью и улучшает опорную функцию рук. Кроме того, езда на велосипеде доставляет детям радость, что побуждает их к занятиям.

Использование велосипедов для детей с ДЦП оказывает влияние на комплексное укрепление мышц. Велотренажер снижает спастичность мышечных тканей, приводит в тонус мускулатуру и суставы, позволяет вернуть пациенту уверенность в своих движениях, устранить некоторые ощущения скованности. Такое устройство позволяет улучшать двигательные функции, влияет на формирование правильной ходьбы.

Особую группу составили дети с тяжелыми и множественными нарушениями развития. Именно эта группа детей, воспитанников детского дома интерната, включена в программу «Развития навыков вертикальной ходьбы с использованием тренажера вертикализатора «АРДОС». Важное значение имеют специальные упражнения по подготовке и развитию самостоятельной ходьбы. Для этого ребенка следует обучить правильной вертикальной постановке головы и туловища по отношению к опорной

поверхности, умению перемещать центр тяжести на опорную ногу, равномерному распределению массы тела на обе ноги.

Вначале ребенка обучают вставанию и ходьбе с поддержкой, при этом необходимо обратить внимание на правильное распределение центра тяжести тела и сохранение равновесия. С этой целью тренируют ходьбу с опорой на передвигающийся впереди утяжеленный стул, коляску с грузом, учат ходить в брусьях и ходунках [4]. Всем этим принципиальным требованиям физической реабилитации детей с ДЦП соответствуют ходунки «Ардос».

Использование ходунков позволяет добиться выполнения движений, которые пациент по каким-либо причинам не может произвести самостоятельно. Благодаря стимуляции происходит формирование и закрепление движения на более высоких уровнях в центральной нервной системе, а значит появляются новые правильные, статические и динамические стереотипы по принципу мышечной памяти.

Научной группой сотрудников кафедры адаптивной физической культуры и оздоровительных технологий Чайковского государственного института физической культуры были разработаны этапы использования ходунков «АРДОС», которые были реализованы в виде трех курсов занятий: «Учусь ходить самостоятельно», «Учусь играть самостоятельно», «Учусь обслуживать себя самостоятельно» [2].

Помимо непосредственной работы с детьми, немаловажным в реализации проекта стало обучение специалистов на базе Чайковского институты физической культуры. В программу вошли теоретические и методические вопросы коррекции двигательных и умственных нарушений.

Силами участников проекта подготовлено к печати пять сборников методических материалов и рекомендаций: «Учимся писать сказки», «Волонтеры в реализации проекта», «Мониторинг развития умений и навыков детей в адаптивной физической культуре», «От гиподинамии к активной двигательной мобильности», «Механотерапия в реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями». Методические материалы предназначены для широкого круга заинтересованных лиц и помогут в организации работы с детьми-инвалидами.

Надеемся, что приобретенный опыт межрегионального взаимодействия откроет новые перспективы в развитии адаптивной физической культуры и создаст базу для реализации новых масштабных проектов с целью реабилитации лиц с отклонениями в состоянии здоровья.

Список литературы:

1. *Селякин С.П. Механотерапия в реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями: Методические рекомендации для специалистов учреждений социального обслуживания по подготовке волонтеров к работе с детьми-инвалидами. –Чайковский, 2017. – 30 с.*

2. *Селякин С.П. Развитие навыков вертикальной ходьбы с использованием тренажёра – вертикализатора «Ардос»: Методические рекомендации для*

специалистов учреждений социального обслуживания по подготовке волонтеров к работе с детьми-инвалидами. – Чайковский: ФГБОУ ВО «ЧГИФК», 2017 – 28 с.

3. Семенова Е.В. Реабилитация детей с ДЦП: обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам: Методические рекомендации – М.: Лепта Книга, 2018. – 584 с.

4. Мякишева Н.А. Физическая реабилитация детей с последствиями ДЦП в условиях спортивно-игрового центра: автореф. дис. кандидата педагогических наук –М., 2000. - 28 с.

5. Саламатова Е.Г. О профилактике инвалидности среди населения Удмуртской Республики, социальном сопровождении инвалидов и осуществлении межведомственного взаимодействия по комплексной реабилитации и абилитации // Материалы межрегиональных реабилитационных чтений «Родители детей с ограниченными возможностями здоровья – активные участники реабилитационного процесса. –Ижевск, 2017. С. 5-14.

ЛЕЧЕБНАЯ ВЕРХОВАЯ ЕЗДА В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Петрова Г. М., *врач, директор Региональной общественной организации «Центр лечебной верховой езды и инвалидного конного спорта Удмуртской Республики»*

Верховая езда как способ восстановления здоровья стала наиболее интенсивно развиваться в последние 30 – 40 лет XX века во многих развитых странах мира, там, где сохранялись национальные конные традиции (Скандинавские страны, Германия, Польша, Франция, Италия и др.). В России практика использования лечебной верховой езды для реабилитации и укрепления здоровья началась в 1991 году с открытия в Москве первого реабилитационного центра на основе ЛВЕ и создания в 1997 году Национальной Федерации лечебной верховой езды и инвалидного конного спорта (с января 2017 года – Национальная Федерация иппотерапии и адаптивного конного спорта).

Метод лечебной верховой езды в реабилитационной работе с детьми-инвалидами признан во всем мире как уникальный эффективный экосистемный метод. Одобрен зарубежными и отечественными специалистами в области медицины, нейрофизиологии, психотерапии и лечебной педагогики, реабилитационных технологий и многими другими. ЛВЕ является особой формой лечебной физкультуры и физиотерапии, когда используется весьма необычный «спортивный снаряд» – живая лошадь. Принципиальные различия между ЛВЕ и другими формами ЛФК не исчерпываются только использованием лошади в качестве спортивного снаряда, они шире и глубже.

ЛВЕ обладает уникальным развивающим, психотерапевтическим и лечебным зарядом, воздействие её столь многопланово и многофакторно, что позволяет использовать этот метод при самых разных патологических

состояниях, нарушениях физического и психического развития, умственной отсталости, проблемах в общении, обучении и пр.

Выделены два основных выраженных фактора ЛВЕ: положительное эмоциональное воздействие от общения и взаимосвязи с лошадью и одновременно достаточно жесткие тренирующие эффекты, связанные с активной мобилизацией физических и волевых усилий. Именно их сочетание создает уникальную терапевтическую ситуацию. От спины движущейся лошади на организм всадника передается в трех взаимно перпендикулярных плоскостях до 140 колебаний в одну минуту. Это своеобразный массаж и обеспечение ритмической организации двигательной активности. К тому же температура тела лошади на 1,5 – 2 градуса выше температуры тела человека, что воздействует на мышцы всадника, согревает и передает энергетику ребенку.

Верховая езда способствует укреплению мускулатуры, улучшению функций дыхания, сердечно-сосудистой и нервной систем, нормализации мышечного тонуса, развитию восприятия, преодолению нарушений общения и поведения, повышению самооценки и уверенности в себе, что очень важно для ребенка-инвалида. Использование разнообразных специальных упражнений во время езды, необходимость постоянной концентрации внимания, сосредоточенности, максимально возможной собранности, потребность запоминать последовательность действий при езде и при уходе за лошадью активизирует психические процессы, слухо–моторную и зрительно – моторную координацию, улучшает равновесие, тренирует вестибулярный аппарат.

ЛВЕ способствует активизации познавательной сферы психики ребенка: расширяются представления о животных, природе, о своем месте в окружающем мире. Лошадь прививает детям гуманное отношение к животным и людям, позитивное эстетическое и бережное отношение к природе. Занятия верховой ездой, а в последующем и участие в соревнованиях, предоставляют возможность для самореализации, полноценного общения, улучшают физическое и психологическое состояние ребенка, позволяют преодолеть свой страх, достичь успеха, одержать порой пусть небольшую, но победу и гордиться собой. Искусство верховой езды содержит в себе высокий познавательный потенциал.

В качестве отдельного терапевтического фактора можно выделить и контакт со взрослыми специалистами (инструктором, коноводом, помощниками и др.), которые внушают ребенку веру в его силы, проявляя уважение, интерес и участие, готовность помочь в случае необходимости. Такие отношения создают условия для усвоения необходимых в общении навыков, развивают социальную адаптацию. В ситуации групповых занятий ЛВЕ дети получают опыт нахождения в группе, возможность почувствовать себя частью коллектива, переживать общую радость, азарт, соперничество.

Противопоказаний для занятий ЛВЕ практически нет. Она с успехом применяется при самых разных заболеваниях, как физических, так и

функциональных. Все дети охотно посещают занятия, у них вырабатывается большое желание участвовать в реабилитационном процессе, что существенно способствует их оздоровлению. У каждого ребенка отмечается улучшение общего состояния здоровья, положительная динамика симптомов основного заболевания и повышение степени адаптации в обществе.

Занятия посещают дети в возрасте от 1 года с самыми разными заболеваниями: детский церебральный паралич, болезни нервной, сердечно – сосудистой, дыхательной систем, опорно – двигательного аппарата (ортопедические заболевания, посттравматические состояния), генетические заболевания (в т.ч. болезнь Дауна, миопатии), эпилепсия, расстройства аутистического спектра, нарушение зрения, слуха, задержка физического и психического развития, логоневрозы и др.

Занятия для каждого ребенка проводятся с учетом диагноза, состояния здоровья по степени тяжести заболевания, возраста, на основании принципов проведения иппотерапии (безопасность проведения занятий, индивидуальный подход, врачебный контроль, системность занятий, постепенное наращивание физической и эмоциональной нагрузки и корректировка их при необходимости, комплексная реабилитация – сочетание с другими методами и способами, правильный подбор лошади).

За время деятельности Центр взаимодействовал с различными организациями, заинтересованными в развитии социальной интеграции, доступности социальных услуг лицам с ограниченными возможностями: Министерством социальной политики и труда Удмуртской Республики и подведомственными организациями, Администрацией г. Ижевска, социально ориентированными НКО республики, специализированными образовательными учреждениями, медицинскими организациями, реабилитационными центрами (в т. ч. постоянно сотрудничали с Республиканским реабилитационным центром для детей и подростков с ограниченными возможностями в городе Ижевске), благотворительными фондами и др.

В 2014–2017 годах реализованы проекты «Лечебная верховая езда как комплексный метод реабилитации детей - инвалидов», «Иппотерапия для детей раннего возраста от 1 года до 3 лет», «Реабилитационные занятия лечебной верховой ездой для детей - инвалидов с двигательными расстройствами». Бесплатные занятия в рамках этих трех проектов посетили 138 детей, всего проведено 1750 занятий.

На основании собственных наблюдений за ребенком во время проведения занятий, отзывов родителей, медицинской документации можно сделать выводы, что практически у всех детей улучшается общее состояние здоровья, повышается физическая активность, нормализуется психо- эмоциональная сфера.

У детей с диагнозом ДЦП отмечается расслабление спастических мышц, укрепление слабых мышц, развитие координации, улучшение осанки и равновесия при ходьбе, улучшение мелкой моторики.

У детей с диагнозом эпилепсия отмечается: более редкие и менее выраженные приступы, снижение патологического гипертонуса центральной нервной системы и выравнивание эмоциональной сферы.

У недоношенных детей с несколькими диагнозами улучшается симптоматика по диагнозам и общее состояние здоровья, укрепляется физическое состояние, развивается эмоциональная сфера, речь.

У детей с нарушением слуха и при слепоглухоте отмечается улучшение равновесия (что благотворно влияет на слух ввиду близости и взаимосвязи органов равновесия и слуха во внутреннем ухе), развитие речевых навыков и расширение коммуникативных.

У детей с задержкой речевого развития, логоневрозами эффект появляется уже после нескольких занятий: попытка слогов, слов, предложений, важную роль при этом играют сильные эмоции, ритмичные движения лошади на разных аллюрах и их одновременное расслабляющее воздействие.

У детей с расстройствами аутистического спектра отмечалось снижение гиперактивности, уровня агрессии и самоагрессии, нормализация мышечного тонуса, улучшение крупной и мелкой моторики кисти, улучшение речевого развития, повышение интереса к социальным контактам.

Для проведения занятий используются лошади вятской породы – исторической достопримечательности и гордости нашей республики. Они отвечают всем требованиям ЛВЕ: невысокий рост, добронравный характер, хорошее здоровье, выносливость и терпение, чуткое отношение к особенностям разных всадников, возможность проведения верхом сложных упражнений с ребенком, терапевтической езды вдвоем с инструктором, занятия в виде конных игр, тренировки по спортивной программе «Специальной Олимпиады».

Использование метода лечебной верховой езды в работе Центра подтверждает его высокую эффективность и показывает, что он может с успехом применяться в комплексной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями.

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ

РАБОТА СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ ЦЕНТРА ДЕТСКОГО РАЗВИТИЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ФОНДА МАРХАМАТ

Акбашева Д. Ф., *руководитель службы ранней помощи Центра детского развития Благотворительного образовательного фонда Мархамат, г. Уфа*
Васильева А. Ю., *социальный педагог Центра детского развития Благотворительного образовательного фонда Мархамат, г. Уфа*

В настоящее время в нашей стране уделяется большое внимание открытию служб ранней помощи для детей с ограниченными возможностями здоровья и группы риска. Раннее начало комплексной поддержки семьи ребенка с ОВЗ способствует максимально возможным достижениям в развитии ребенка, а также успешной его социализации и включения в образовательную среду с последующей интеграцией в общество.

Центр детского развития Благотворительного образовательного фонда Мархамат работает с 2011 года. В центре в течение учебного года занимаются дети с ОВЗ в возрасте от 4 до 18 лет. Решение организовать службу ранней помощи в связи с частыми обращениями родителей детей в возрасте от года до 4 лет. В июне 2016 года была открыта служба ранней помощи как модуль центра детского развития. Специалисты ранней помощи прошли обучение в Санкт-Петербургском институте раннего вмешательства. За основу работы были взяты принципы деятельности Санкт-Петербургского института раннего вмешательства. В состав междисциплинарной команды входят специалисты: психолог, семейный психолог, специальный педагог, специалист по ранней коммуникации, физический терапевт, эрготерапевт, терапевт. У каждого члена команды есть свои обязанности в соответствии с его специальностью.

Обращение в Службу происходит со звонка родителей, в ходе которого, собирается минимальная информация о проблеме. На первом этапе диагностики присутствуют родитель и руководитель Службы, выявляется запрос семьи, разъясняется, что работа ранней помощи направлена не только на развитие ребенка, но и ориентирована на семью в целом, с целью подбора адекватных способов взаимодействия с малышом, а также преодоления функциональных ограничений ребенка. Руководитель Службы определяет и согласовывает с остальными специалистами состав команды для следующей встречи совместно с ребенком. Состав команды и ведущий специалист определяются с учетом потребностей семьи и могут меняться в ходе ведения случая в зависимости от целей и задач. Далее на междисциплинарных обсуждениях проговариваются результаты приема,

ставятся задачи, при необходимости, привлекаются другие специалисты из Службы ранней помощи для углубленной оценки.

Семья может быть направлена на дополнительные обследования слуха, зрения, для уточнения диагноза. Все возникающие вопросы по первичному приему и углубленной диагностике, разборы случаев, супервизии выносятся на междисциплинарное обсуждение, которое проходит 1 раз в неделю.

Индивидуальная Программа развития, которая рассчитана на тесное взаимодействие специалистов, родителей и ребенка составляется и обсуждается всеми специалистами Службы. Это проводится с целью выработки постановки наиболее функциональных задач для семьи и ребенка и взаимозаменяемости специалистов в случае необходимости. Определяются ведущие специалисты случая. Специалистами составляется подробный план занятий, в котором описаны игры, необходимый материал и какие шаги программы реализуются в этих играх.

Развивающие занятия проводят 2 специалиста, обязательно присутствие родителя, т.к. родители знают своего ребёнка лучше других, знакомы с особенностями его поведения в различных ситуациях, между ними существует эмоциональная связь, обеспечивающая понимание и взаимодействие. Программы ранней помощи в значительной мере направлены на то, чтобы показать родителям, что стоит делать с ребенком дома. На занятиях специалист пытается найти и попробовать то, что может помочь ребенку лучше развиваться. Ребенок осваивает новый опыт путем многочисленных повторений. Чтобы научиться говорить, сидеть, ходить или ползать, самостоятельно есть, общаться со сверстниками, недостаточно занятий в кабинете, необходимо эти навыки закреплять дома. Родитель, сопровождая ребёнка в ходе его развития, обучения и воспитания, сотрудничая со специалистами, становится главным человеком в этом процессе. Дети выполняют задания лучше и активнее, если его показывает родитель.

С начала 2018 года в Службе ранней помощи центра детского развития Благотворительного образовательного фонда Мархамат начали проводить групповые развивающие занятия, совместные с родителями с опорой на социализацию семей, воспитывающей ребенка с особыми потребностями. На групповом занятии ребенок осваивает новый опыт, путем многочисленных повторений, повторяя не только за взрослым, но и за сверстником. Программа групповых занятий предполагает гибкое планирование педагогического процесса, выбор наиболее актуального материала для конкретной группы детей, позволяет педагогам объединять предметно-практическую, игровую, познавательную, художественно-эстетическую, двигательную и другие виды детской деятельности в разных сочетаниях. Эффективность работы Службы ранней помощи центра детского развития Благотворительного образовательного фонда Мархамат определяется специалистами Службы и семьей ребенка и зависит от полученной пользы для семьи и качественных изменений, произошедших

за время участия в Программе ранней помощи и основывается на результатах, достигнутых в ходе реализации целей, решения задач индивидуальных программ развития каждого ребенка. За 2 года работы Службы ранней помощи можно говорить о следующих результатах: увеличение количества обратившихся семей, включенных в программу; увеличение количества обратившихся семей, с целью консультирования и составления рекомендаций. 60 % детей, посещающих Службу ранней помощи, достигнув возраста 4 лет были переведены в центр детского развития и успешно занимаются, 20 % детей - посещают обычные и коррекционные детские сады. Таким образом, включение семей в раннюю помощь помогают детям максимально адаптироваться к обычной жизни дома, в детском саду, повышают родительскую компетентность в вопросах развития и воспитания ребенка с ОВ, понимания его интересов, способностей, сильных сторон и особых потребностей. Служба ранней помощи позволяет скоординировать действия профессионалов из различных областей в единой программе поддержки семьи.

Список литературы:

1. Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года (утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 31.08 2016 № 1839-р: извлечение из документа // Нормативные документы образовательного учреждения. – 2016. – № 11.

2. Малофеев Н.Н. О развитии службы ранней помощи семье с проблемным ребенком в Российской Федерации // Дефектология. – 2007. – № 6. – С. 60-68.

3. Разенкова Ю.А. Научные исследования Института коррекционной педагогики в области ранней помощи ребенку с ограниченными возможностями здоровья и его семье. Сообщение 1 // Дефектология. – 2015. – № 3. – С. 18-28.

4. Система ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и их родителям / О.Г.Приходько, О.В.Югова; АНО «Совет по вопросам управления и развития». – М.: ООО «Деловые и юридические услуги “ЛексПраксис”», 2015. – С.145.

ОКАЗАНИЕ УСЛУГ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И СЕМЬЯМ НА БАЗЕ «МКОУ № 256 ДЛЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ» Г. ИЖЕВСКА

Антонова З. С., *психолог «Центра консультирования и ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья, инвалидностью от 0 до 3 лет и их семей» МКОУ «Школа № 256», старший преподаватель кафедры социальной работы, кандидат педагогических наук, доцент, Удмуртский государственный университет, г. Ижевск*

Солодянкина О. В.*, кандидат педагогических наук, руководитель «Центра консультирования и ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья, инвалидностью от 0 до 3 лет и их семей» МКОУ «Школа № 256», г. Ижевск*

Оказание ранней помощи продолжает оставаться актуальной проблемой в связи с резким увеличением количества детей с различными

формами отклонения от нормального развития. По статистике более 80 % детей раннего возраста находятся в зоне риска.

Существующий отечественный и зарубежный опыт показывает, что чем раньше с момента появления «особого» ребенка семья получает правильно организованную и своевременную раннюю комплексную помощь, тем благоприятней прогноз успешной социальной адаптации семьи и развития ребенка. Программа ранней помощи способна предупредить появление вторичных отклонений в развитии, а также обеспечить максимальную реализацию потенциала развития каждого ребенка. Наиболее эффективно раннее вмешательство в семью, когда возраст ребенка находится на границах от 0 до 3 лет.

Создание системы ранней помощи в Российской Федерации соответствует положениям «Всеобщей декларации прав человека» и «Конвенции о правах ребенка» в части создания комфортной и доброжелательной для жизни среды, обеспечения доступности и качества дошкольного образования для детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья, не имеющих статуса ребенка-инвалида, детей из групп риска, включая детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также детей, находящихся в социально опасном положении.

В Распоряжении Правительства РФ от 31.08.2016 N 1839-р «Об утверждении Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года» ранняя помощь рассматривается как комплекс медицинских, социальных и психолого-педагогических услуг на межведомственной основе, направленных на раннее выявление детей целевой группы, содействие их оптимальному развитию, формированию физического и психического здоровья, включения в среду сверстников и интеграцию в общество, сопровождения и поддержки семьи, повышение компетентности родителей (законных представителей).

На базе Муниципального казенного образовательного учреждения «Школа №256 для детей с нарушением зрения» в 2018 году открыт Центр консультирования и ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья, инвалидностью от 0 до 3х лет и их семей. Целью Центра консультирования и ранней помощи является комплексное сопровождение семей, направленное на развитие в ребенке способности быть самостоятельным, включенным в семейную и общественную жизнь.

Основными задачами Центра консультирования и ранней помощи являются:

- разработка индивидуальной программы ранней помощи и сопровождения ребенка и его семьи;
- проведение развивающих и коррекционных занятий с детьми;
- обучение ребенка и семьи различным способам коммуникации;
- помощь родителям в освоении различных способов взаимодействия со своим малышом и специфических методов обучения ребенка;

- помощь родителям в организации развивающего пространства в домашних условиях;
- подготовка перехода ребенка из службы ранней помощи в дошкольное учреждение.

Применение комплексного междисциплинарного подхода в работе специалистов сопровождения с детьми раннего возраста с ОВЗ в Центре консультирования и ранней помощи осуществляется на нескольких этапах:

На этапе медико-психолого-педагогической диагностики ребенка с отклонениями в развитии и его семьи осуществляется оценка особенностей развития ребенка; проводятся наблюдения в домашних условиях и в Центре, коллективные обсуждения, которые позволяют уточнить анамнестические и диагностические данные, составить системное представление о структуре отклонения в развитии ребенка, о его социальном окружении, о детско-родительских отношениях, об уровне компетентности родителей в вопросах развития, обучения и воспитания ребенка с ОВЗ.

На этапе разработки общей индивидуально-ориентированной программы медико-психолого-педагогического сопровождения ребенка с ОВЗ и его семьи все специалисты совместно выдвигают и обсуждают основные направления коррекционно-развивающей работы с ребенком с ОВЗ и консультирования его родителей, выделяют приоритетные задачи в стимуляции или коррекции различных линий развития.

На этапе промежуточной и итоговой оценки эффективности медико-психолого-педагогической коррекционно-развивающей работы с ребенком с ОВЗ и его семьей, специалисты оценивают положительную динамику различных линий развития, достижения и слабые аспекты в формировании различных навыков ребенка.

На заключительном этапе при определении последующего индивидуального образовательного маршрута ребенка с ОВЗ специалисты совместно разрабатывают методические рекомендации в каждом конкретном случае для других специалистов и педагогов, куда перейдет ребенок, и практические рекомендации для его родителей.

Особое внимание уделяется психологическому сопровождению всех членов семьи ребенка, чаще всего матери, в виде бесед о ее психологическом состоянии, методах самоподдержки и других форм работы, например, тренинги, практикумы, а также индивидуальное и групповое обучение родителей по уходу, питанию, применению технических средств, созданию благоприятной среды дома, воспитанию и обучению своего ребенка.

Таким образом, следует отметить, что Центр консультирования и ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья, инвалидностью от 0 до 3х лет и их семей, позволит значительно снизить степень социальной недостаточности детей, достичь максимально

возможного для каждого ребенка уровня общего развития, и будет способствовать интеграции ребенка и семьи в общество.

ЕСТЕСТВЕННО-СРЕДОВОЙ ПОДХОД В РАННЕЙ ПОМОЩИ

***Генералова А. О.**, руководитель Центра ранней помощи «Уверенность», г. Казань*

В области ранней помощи используются методы и подходы, подбираемые в зависимости от индивидуальных потребностей ребенка и семьи. Критериями выбора подходов ранней помощи являются их научная обоснованность и доказанная эффективность:

Функциональный подход является одним из основных в помощи ребенку и семье. Специалисты и родители помогают развивать только те навыки, которые необходимы в повседневной жизни, на основе активности самого ребенка, только в той деятельности, которая повторяется ежедневно и нравится ему, в которой он может участвовать и учиться. Ведь обучение - естественная часть всего того, что делают родители. Фактически каждый раз, общаясь с ребенком, родители, порой даже не сознавая этого, чему-нибудь учат его [2]. Функциональный подход - это активность ребенка и участие в повседневной жизни.

Сенсорно-интегративный подход (Э. Джин Айрес, 1976) [1] направлен на устранение у ребенка нарушений в сфере сенсорной интеграции. Этот подход позволяет влиять на способность ребенка правильно выполнять задания, координировать двигательные реакции, планировать последовательность действий и задач, развивать социальные навыки, навыки самообслуживания, участвовать в жизни семьи. Для этого специалист использует специальные игры и упражнения, в основе которых лежит понимание динамического взаимодействия всех сенсорных систем [3].

Естественно-средовой подход основан на ежедневных рутинах. Это целостная система построения программы помощи ребенку и семье, основанная на изучении семейной среды, отношений, ресурсов, трудностей, беспокойств относительно повседневной жизни и на использовании повседневных рутин для развития ребенка и улучшения его функционирования. Содержит в себе методы оценки, по-настоящему ориентированные на семью, позволяющие разрабатывать четкие, конкретные, измеримые цели, которые непосредственно затрагивают приоритеты семьи и помогают детям развивать навыки, имеющие отношение к повседневной жизни. Подход позволяет улучшать навыки членов семьи для развития ребенка в повседневной жизни и продолжать это делать между встречами со специалистом, благодаря чему дети получают больше возможностей учиться новому, сохранять и развивать приобретенные умения [6]. Описанные здесь подходы в большей степени

взаимосвязаны, и сложно представить их применение отдельно друг от друга. Нас больше всего интересует естественно средовой подход, остановимся на нем подробнее.

Обучение ребенка навыкам должно всегда носить неформальный характер и происходить в естественной для ребенка среде, в процессе игры и повседневной деятельности. Разберем подробнее что такое естественная среда для детей. Естественная среда – это то место, где люди живут и где они обычно бывают. Для ребенка раннего возраста – дом, двор, улица. Для ребенка дошкольного возраста – дом, детский сад, двор, улица. Для школьника – дом, школа, кружок, библиотека, магазин, театр и т.д. Естественная среда – это ежедневные дела, это привычная деятельность: встать с кровати, надеть платье, умыться, сделать бутерброд. Как мы можем отличить повседневные дела? Очень просто. Они обладают рядом характеристик, знакомых и понятных каждому человеку.

Для большей ясности, рассмотрим эти характеристики на примере рутины «чистить зубы»: выполняется регулярно (каждый день утром и вечером); имеет последовательность в выполнении (подходим к раковине, берем тюбик с зубной пастой, открываем его, берем щетку, наносим зубную пасту на щетку и т.д.); имеет начало и окончание (подойти к раковине/ закрыть кран, отойти от раковины); имеет ожидаемый результат (чистые зубы и рот); предсказуемы по времени, месту, технике проведения (занимает от 5 до 10 минут); заучиваются, становятся механическими (можем совершить эти действия с закрытыми глазами); часть ежедневной жизни (с этого начинается день и этим он заканчивается); общепринятая, типичная деятельность (чистят зубы все).

Ежедневные дела представляют собой наилучшие контексты для маленьких детей, в изучении новых навыков, потому что они предсказуемы, функциональны и встречаются много раз в течение дня. Что же такое навык и как он формируется? Навык - автоматизированное действие, формирующееся путем многократно повторяемых упражнений, характеризующееся высокой степенью освоения и отсутствием сознательного контроля. Известно, что навык формируется по следующей программе: выделение в рутине отдельных простых операций (действий); многократное повторение действий; образование в головном мозге «программы» действий; возникновение устойчивого навыка.

Для того, чтобы новый навык сформировался, должны быть выполнены следующие условия: функциональная востребованность, постепенность, регулярность тренировок, любовь, терпение, постоянство в жизни ребенка человека, который «обучает» его новым навыкам. Следует иметь в виду, что, развиваясь, ребенок, естественно, одни навыки приобретает раньше других. Сидеть, например, малыш начинает раньше, чем стоять. Пользоваться вилкой – раньше, чем ножом [2].

Каждый освоенный навык вносит свою маленькую лепту в основу последующих. Например, научившись мыть руки и лицо, гораздо легче научиться чистить зубы - ведь ребенок уже освоился в ванной комнате, он

научился включать и выключать воду, и ему не составит труда «сполоснуть» рот.

Современная модель ранней помощи в Российской Федерации опирается на Методические рекомендации по обеспечению услуг ранней помощи детям и их семьям. Обратимся к терминологии, которая описана в данном документе.

Естественные жизненные ситуации (ЕЖС) — повседневные жизненные ситуации дома, вне дома и в обществе, характерные для типично развивающихся сверстников [5]. Данное определение встречается на всех этапах ранней помощи, и это логично, ведь ранняя помощь может быть оказана только в естественной среде, где развивается маленький ребенок лучше всего.

При организации первичного приема специалисты руководствуются естественно-средовым подходом. В первую очередь, при выборе формы: домашней или в службе ранней помощи. Во вторую очередь в месте проведения приема: там где комфортнее всего находиться ребенку. Чаще всего это пол, ведь маленький ребенок проводит большую часть дня с игрушками на полу. При проведении первичного приема, специалисты знакомятся с семьей, узнают о ее потребностях, о конкретных запросах в развитии их ребенка. Проводят оценку вовлеченности ребенка в естественные жизненные ситуации, оценку взаимодействия и отношений с родителями в семье в контексте влияния факторов окружающей среды. Уже на этом этапе начинают знакомится с бытом, укладом семьи, с барьерами и фасилитаторами среды, в которой пребывает ребенок каждый день.

Более детально эта среда изучается на оценочной процедуре - рутины. Специалисты описывают все рутины ребенка, описывают беспокойства родителей и то, что получается у него хорошо. После этого обозначают вместе с родителями наиболее важные ожидаемые результаты для семьи. Обычно ограничиваются тремя или четырьма рутинами, поскольку с большим количеством рутин в рамках одной прграммы работать не эффективно. В рамках данной услуги необходимо ранжировать ожидаемые результаты по степени важности для семьи, а также обсуждать вместе с семьей, как можно способствовать развитию необходимого навыка в службе, дома, как изменять среду, учить ребенка и т.д. Представим, что есть определенные навыки, которыми ребенок не владеет, и это создает большие проблемы для всей семьи. Например, неумение ребенка самостоятельно есть может означать, что семья никогда не собирается вместе за столом. А значит данная повседневная деятельность будет неполноценной для ребенка и семьи и перед специалистом будет стоять задача эту ситуацию изменить так, чтобы она приносила удовольствие всей семье. Изучая повседневную деятельность, анализируя ее, можно спланировать как помочь ребенку и семье в условиях естественной среды. Можно с легкостью ответить на вопросы: Какие услуги лучше всего включать во вмешательства ребенка? Какие стратегии

вмешательства можно использовать регулярно? В результате оценки ежедневных дел специалисты вместе с семьей смогут выбрать интересную для ребенка повседневную деятельность и помочь ему лучше освоить навыки, которые лежат в ближайшей для него зоне развития. Непосредственно именно оценка рутин дает нам полную картину про естественную среду ребенка. И этот этап - проведения оценочных процедур для составления ИПРП - планируется ведущим специалистом. Оценочные процедуры для составления ИПРП проводятся во взаимодействии с родителями ребенка, поскольку как было сказано ранее, именно родители являются для ребенка раннего возраста средой, они создают вокруг ребенка факторы окружающей среды. Оценочные процедуры включают: оценку развития ребенка; оценку его функционирования, которая осуществляется по категориям МКФ и основана на изучении рутин повседневной жизни; оценку сферы взаимодействия и отношений ребенка с родителями в семье; оценку факторов, влияющих на развитие и функционирование ребенка. По итогам оценочных процедур, специалисты имеют четкую картину для выстраивания взаимоотношейний в семье и построения Индивидуальной программы ранней помощи.

Индивидуальная программа ранней помощи (ИПРП) - документ, оформленный в письменном и электронном виде, составленный на основании оценки ребенка и семьи, оценки факторов окружающей среды, содержащий цели ранней помощи, естественные жизненные ситуации, в которых планируется их достижение, а также перечень услуг ранней помощи, объём услуг, формы и места их оказания, сроки, указание ведущего специалиста и исполнителей программы [5].

ИПРП разрабатывается на основании результатов углубленных оценок ведущим специалистом совместно с родителями с учетом мнения и предложений специалистов, привлекаемых к её реализации. ИПРП составляется на срок не менее 6 месяцев и включает в себя цели, которые сформулированы относительно ожидаемых результатов для ребенка, являются функциональными, достижимыми, измеримыми, соответствуют потребностям ребенка и его семьи, перечень услуг ранней помощи и количественные показатели их предоставления (длительность, периодичность), места и формы их предоставления, перечень естественных жизненных ситуаций, в которых ИПРП реализуется, срок реализации ИПРП и даты промежуточных оценок достигнутых результатов (пересмотра ИПРП), фамилию, имя, отчество и контактные данные ведущего специалиста и дополнительных специалистов, фамилию, имя, отчество и контактные данные родителя. Чтобы помочь ребенку освоить выбранные навыки, вы должны сначала разбить соответствующий процесс на отдельные шаги, достаточно маленькие для того, чтобы ребенок мог легко справиться с каждым из них. Если таким образом рассматривать каждую новую задачу, ставя себя при этом на место ребенка, успех будет обеспечен [2]. И теперь, когда описано все, что относится к естественной

среде ребенка, когда составлена на основании этих знаний программа ранней помощи мы можем приступить к ее реализации. Все специалисты, предоставляющие услуги ранней помощи в рамках ИПРП, должны содействовать вовлечению семьи в ее реализацию. Взаимодействие с ребенком и семьей проводится на основе их собственной активности и участия, преимущественно в ЕЖС. Предоставление услуг ранней помощи может проводиться на дому, при посещении семьей службы ранней помощи, в стационаре (для детей, длительно проживающих в учреждениях, при условии, что в данных учреждениях создано подразделение ранней помощи), индивидуально или в группах, в очной и дистанционной формах. Родители всегда участвуют во всех ЕЖС вместе со своими детьми, способствуя развитию у ребенка новых навыков. Задача специалистов - обеспечить активное включение и участие родителей [3]. Говоря простым языком, так как родители - это и есть естественная среда для ребенка, то они должны быть вовлечены во все этапы ранней помощи, именно это сделает раннюю помощь наиболее эффективной.

Целью и одновременно ключевым средством ранней помощи является развитие эффективного функционирования ребенка через его вовлечение и участие в типичных ситуациях домашней и социальной жизни [4]. Что в дальнейшем приведет к нормализации жизни всей семьи.

Идея проведения программ ранней помощи в естественной среде исследуется с начала 90-х годов. Установлено, что маленькие дети учатся лучше, когда они могут развивать и закреплять новые навыки в рамках той деятельности, в которой они будут их использовать, а не в специально созданных учебных ситуациях. Известно, многие повседневные естественные ситуации способствуют развитию и расширению различных возможностей ребенка, в социальной, коммуникативной, двигательной и др. областях. Иными словами, развитие функциональных способностей необходимо для независимой, полноценной, повседневной жизни.

Список литературы:

1. *Банди А., Лейн Ш., Мюррей Э. Сенсорная интеграция. Теория и практика. - М.: Теревинф, 2017.*
2. *Брюс Л. Бейкер, Алан Дж. Брайтман. Путь к независимости. / пер. с англ. третьего издания книги «Steps to Independence», опубликованного в США издательством Paul H. Brookes Publishing Co., Inc. Copyright © 1997 by Brookes Publishing Co., Inc.*
3. *Ермолаева Е.Е., Казьмин А.М., Мухамедрахимов Р.Ж., Самарина Л.В. /О ранней помощи детям и их семьям // Аутизм и нарушения развития. - 2017. - Т. 15. - N 2. - С. 4 - 18. doi: 10.17759/autdd.2017150201*
4. *Казьмин А.М. Участие: теоретические аспекты и оценка в практике ранней помощи [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. - 2015. - Т. 4. - N 2. - С. 115—127. URL: http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Kazmin.shtml*
5. *Министерство труда, занятости и социальной защиты РФ // Методические рекомендации по обеспечению услуг ранней помощи детям и их семьям*
6. *McWilliam R. Routines-Based Early Intervention: Supporting Young Children and Their Families. Brookes Publishing; 1 edition, 2010..*

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К СОЗДАНИЮ МУНИЦИПАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ НА ТЕРРИТОРИИ ЧАЙКОВСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА

Неустроева В. В., *заместитель начальника Управления О и ПО г.Чайковский*
Юркова Н. В., *директор МБУ «Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия», г.Чайковский*

Система ранней помощи семье с особым ребенком на территории Чайковского муниципального района начала складываться с 2015 года. Основой становления системы ранней помощи стал муниципальный инновационный проект «Партнерство во имя детей, нуждающихся в особой заботе». Авторами проекта являются: Неустроева В.В., заместитель начальника Управления О и ПО, Юркова Н.В., директор МБУ ТПМПК.

В Чайковском муниципальном районе представлена разнообразная структура учреждений, способная оказывать помощь и поддержку семей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста. Представителями этой структуры являются: организации системы образования, учреждения здравоохранения, учреждения социальной защиты населения, общественные организации.

Анализируя ситуацию по оказанию услуг ранней помощи, выявилось, что существующая практика не в полной мере удовлетворяет потребности семей воспитывающих детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья: отсутствуют службы ранней помощи; не эффективно организована работа консультативных пунктов в дошкольных образовательных организациях; услуги консультативных пунктов не доступны для детей и их родителей, проживающих на отдаленных территориях Чайковского муниципального района; недостаточно развита система ранней помощи семье и повышения педагогической компетентности родителей; отсутствует единый информационный ресурс, аккумулирующий сведения об оказании услуг ранней помощи на муниципальной территории; недостаточно организована информационно-просветительская работа с населением в области предупреждения и коррекции недостатков в физическом и (или) психическом развитии детей.

Проблема состоит в отсутствии взаимодействия учреждений различной ведомственной принадлежности, занимающихся проблемами семьи, имеющей ребенка-инвалида, ребенка с ограниченными возможностями здоровья и в отсутствии единой базы о ресурсах муниципальных услуг на территории муниципального района.

Ключевую роль в организации взаимодействия по данному направлению взяла на себя система образования Чайковского муниципального района. Это и обусловило необходимость разработки

инновационного управленческого проекта. Срок реализации проекта: январь 2015 года – май 2018 года.

Цель проекта: оказание ранней помощи детям-инвалидам, детям с ограниченными возможностями здоровья и обеспечение всесторонней поддержки семей, их воспитывающих на территории Чайковского муниципального района. Целевой группой для оказания ранней помощи являются семьи с детьми в возрасте от 0 до 4 лет с инвалидностью, с ограниченными возможностями здоровья или риском возникновения нарушения развития. При наличии у ребенка выраженных нарушений функций организма и (или) значительных ограничений жизнедеятельности, приводящих к тому, что ребенок не может быть в полном объеме включен в систему получения образовательных услуг, возможно оказание услуг детям возраста до 7 - 8 лет.

Из поставленных задач реализации проекта две задачи целенаправленно ориентированы на апробацию форм работы с детьми раннего возраста: содействовать открытию служб ранней помощи для детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья на базе дошкольных образовательных организациях; инициировать деятельность выездного консультационного пункта для родителей, воспитывающих детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья.

На территории Чайковского муниципального района сеть служб ранней помощи создана на базе учреждений одной ведомственной принадлежности - образование, которые обеспечивают охват семей с детьми целевой группы в местах их непосредственного проживания по микрорайонам города. Целью их деятельности является - организация психолого-педагогической и социальной поддержки семьи, имеющей ребенка с выявленными нарушениями развития (риском нарушения).

Службы ранней помощи осуществляют свою деятельность на основании утвержденной нормативной базы: Приказа Управления О и ПО Чайковского муниципального района от 15.09.2015 года № 07-01-05-591 «О создании проектных групп по реализации стратегических направлений развития системы образования Чайковского муниципального района»; Примерного Положения «Служба ранней помощи», утвержденного приказом Управления О и ПО Чайковского муниципального района от 06.11.2015 г № 07-01-05-762.

В настоящее время пять дошкольных образовательных организаций являются апробационными площадками по развитию служб ранней помощи: МБДОУ Д/с №4, МБДОУ Д/с №17, МАДОУ Д/с №27, МАДОУ Д/с №31, МБДОУ Д/с №32. Центральную роль в оказании помощи детям раннего возраста с особенностями в развитии играет МБДОУ Д/с №17, являясь базовым детским садом по инклюзивному образованию. Муниципальная организационная модель оказания ранней помощи размещена на сайте Управления О и ПО администрации Чайковского муниципального района в разделе «Служба ранней помощи».

Для выполнения второй задачи проекта разработан и реализуется подпроект «Выездной консультационный пункт «Содружество». Авторами подпроекта являются: Юркова Н.В., директор МБУ ТПМПК; Томилова Н.В., учитель-логопед МБУ ТПМПК, МАДОУ ЦРР Д/с № 24 «Улыбка».

В основу проекта положена идея обеспечения преемственности ранней помощи и помощи в дошкольном возрасте, развития инклюзивного дошкольного образования, организации комплексной подготовки ребенка к обучению в школе. Срок реализации проекта: май 2015 года – июнь 2018 года.

Цель подпроекта: оказание консультативно – диагностической логопедической и психологической помощи детям от 0 до 4 лет с ограниченными возможностями здоровья или риском возникновения нарушения развития и их родителям (законным представителям). Данная услуга предоставляется детям раннего возраста, проживающим на отдаленных территориях Чайковского муниципального района, а также для неорганизованных детей и их родителей. Общее руководство за организацией работы выездного консультационного пункта осуществляет МБУ ТПМПК. Консультационный пункт выезжает в территории Чайковского муниципального района по запросу руководителей дошкольных образовательных организаций, в которых отсутствуют специалисты сопровождения (учитель-логопед, педагог-психолог, педагог-дефектолог).

Направления деятельности выездного консультационного пункта: диагностическое направление: обследование ребенка, определение его индивидуальных особенностей, а также выявление нарушений в развитии; информационно-консультативное направление: информирование, консультирование родителей об особенностях развития и коррекции нарушений развития их ребенка и (или) необходимости обращения в психолого-медико-педагогическую комиссию; информационно-просветительское направление: оказание консультативно-методической помощи педагогическим работником дошкольных образовательных организаций по вопросам предупреждения и коррекции недостатков в развитии детей.

В команду выездного консультационного пункта входят 7 педагогов: 4 учителя-логопеда, 2 педагога-психолога, 1 педагог-дефектолог. Взаимоотношения между выездным консультационным пунктом и дошкольной образовательной организацией регулируются техническим заданием, включающим: виды деятельности; сроки; состав участников; ответственные; условия выполнения услуги.

Модель деятельности выездного консультационного пункта выстроена в три этапа работы на основе междисциплинарного сопровождения (учитель-логопед, педагог-психолог, педагог-дефектолог) ребенка и семьи: организационный этап – оформление необходимой организационной документации: техническое задание; согласия родителей (законных представителей); список детей, нуждающихся в обследовании;

график обследования; диагностический этап – проведение обследования детей, индивидуальное консультирование их родителей, групповое консультирование педагогов принимающей дошкольной образовательной организации; аналитический этап – анализ выполнения и предоставления услуги.

Методическая база деятельности выездного консультационного пункта включает в себя следующие элементы: цель, задачи, направления деятельности; кадровые ресурсы; ожидаемый результат; модель деятельности; приложения (рекомендации для родителей и педагогов; реестр диагностических методик для проведения обследования детей по возрастам).

Принимающая дошкольная образовательная организация несет ответственность за создание организационных условий для проведения обследования детей и консультирования их родителей (законных представителей): оформляет техническое задание на получение услуг консультационного пункта; подготавливает списки детей, нуждающихся в обследовании; информирует родителей (законных представителей) об услугах консультационного пункта, месте и времени проведения обследования детей и консультирования их родителей (законных представителей); оформляет письменное согласие родителей (законных представителей) на обследование ребенка; организует подвоз специалистов консультационного пункта до дошкольной образовательной организации; предоставляет помещения для проведения обследования детей и консультирования их родителей (законных представителей); организует проведение итогового круглого стола с педагогами.

Обследование детей и консультирование их родителей (законных представителей) специалистами выездного консультационного пункта осуществляются бесплатно с письменного согласия их родителей (законных представителей). Родители (законные представители) присутствуют при обследовании детей. В ходе обследования детей каждым специалистом консультационного пункта ведется собственный краткий протокол, в котором указываются: сведения о ребенке, результаты обследования.

Итогом работы выездного консультационного пункта в дошкольной образовательной организации являются: индивидуальные консультации родителей (законных представителей) об особенностях развития и коррекции нарушений развития их ребенка; групповая консультация воспитателей по вопросу: «Итоги обследования детей и рекомендации по дальнейшему их сопровождению». Консультация педагогических работников детского сада специалистами выездного пункта проводиться в форме «Круглого стола».

Актуальность и эффективность работы выездного консультационного пункта очевидна – родители 92 детей раннего возраста, проживающие в отдаленных населенных пунктах Чайковского муниципального района смогли получить доступную консультативно –

диагностическую логопедическую и психологическую помощь. Преемственность между деятельностью выездного консультационного пункта и МБУ ТПМПК обеспечивает своевременное выявление детей с ограниченными возможностями здоровья и оказание им ранней помощи.

Основной муниципальный инновационный проект «Партнерство во имя детей, нуждающихся в особой заботе» в настоящее время находится на заключительном этапе реализации – аналитическом. В перспективе дальнейшего развития системы оказания ранней помощи определена стратегическая задача на 2018 год: разработка «Порядка межведомственного взаимодействия по оказанию ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья, детям-инвалидам на территории Чайковского муниципального района».

К ВОПРОСУ О СУЩНОСТИ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ИХ СЕМЬЯМ

***Солодянкина О. В.**, кандидат педагогических наук, руководитель «Центра консультирования и ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья, инвалидностью от 0 до 3 лет и их семей» МКОУ «Школа № 256», г. Ижевск*

Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации до 2020 года призвана способствовать формированию системы ранней помощи детям и их семьям в рамках деятельности по профилактике детской инвалидности и комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

Целевой группой для оказания ранней помощи, в основном, являются семьи с детьми в возрасте от рождения до 3 лет, имеющие ограничения жизнедеятельности, в том числе дети с ограниченными возможностями здоровья и установленной инвалидностью, дети с генетическими нарушениями, а также дети группы риска.

К детям группы риска относятся дети с риском развития стойких нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности, а также дети из группы социального риска развития ограничений жизнедеятельности относятся дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, помещенные в образовательные, медицинские и социальные организации для детей-сирот и оставшихся без попечения родителей - дома ребенка, детские дома, детские дома-интернаты и другие, а также дети из семей, находящихся в социально опасном положении [5].

Ранняя помощь - это комплекс медицинских, социальных и психолого-педагогических услуг на межведомственной основе, направленных на раннее выявление детей целевой группы, содействие их оптимальному развитию, формированию физического и психического здоровья, включения в среду сверстников и интеграцию в общество,

сопровождения и поддержки семьи, повышение компетентности родителей (законных представителей) [5].

Исследования зарубежного опыта позволяют констатировать, что во всем мире все большее количество младенцев и детей раннего возраста с ограниченными возможностями и их семей получают доступ к системе помощи и услуг по раннему вмешательству. Система продолжает развиваться, поскольку увеличивается количество услуг, также как и дети и семьи, получающие эти услуги, будут интегрированы в сообщество

На сегодняшний день существуют различные определения того, что представляет собой «Раннее вмешательство».

Талица 1. Различные трактовки определения «Раннее вмешательство»

№/№	Трактовка определения	Источник
1.	Ранее вмешательство представляет собой совокупность услуг/ресурсов для детей младшего возраста и членов их семей, предоставляемых по их просьбе и охватывающих любые мероприятия, которые осуществляются в тот момент, когда ребенок нуждается в особой поддержке.	Европейское агентство по развитию в области особых образовательных потребностей (2005) [8].
2.	Ранее вмешательство представляет собой все виды мероприятий, ориентированных на развитие ребенка, а также на сопровождение родителей, которые осуществляются непосредственно и незамедлительно после определения состояния и уровня развития ребенка. Раннее вмешательство направлено как на ребенка, так и на родителей, семью и его социальное окружение.	Eurlyaid (1997) [6].
3	Ранее вмешательство - система, созданная для поддержки семейных моделей взаимодействия, которые наилучшим образом содействуют детскому развитию.	M. Guralnick (2001) [9].
4.	Раннее вмешательство - это система услуг и помощи, которая координирует медицинские, образовательные, терапевтические и социальные услуги, чтобы обеспечить рост и развитие ребенка, и поддержку его семьи в критически важные первые годы жизни ребенка. Эта система услуг и поддержки является интегрированной программой, в которой все услуги и различные элементы поддержки включены в естественную деятельность и мероприятия семьи.	T. Long [4]
5.	Раннее вмешательство - система различных мероприятий, направленных на развитие детей раннего возраста с нарушениями развития или риском появления таких нарушений, и мероприятий, ориентированных на поддержку родителей.	Российская Ассоциация раннего вмешательства [1].
6	Раннее вмешательство состоит из междисциплинарных услуг, предоставляемых детям с рождения до 5 лет для содействия здоровью и благополучию, повышению компетентности, минимизации задержек в развитии,	Meisels, S. J. & Shonkoff, J. P. (2000) .

	существующих или появляющихся нарушений, предотвращения функциональных нарушений, и пропаганды адаптивного воспитания и общего семейного функционирования. Данные цели могут быть достигнуты путем предоставления индивидуальных развивающих, образовательных и терапевтических услуг для детей в сочетании с совместным планированием услуг с их семьями.	
7.	Дети быстро растут, учатся и развиваются в первые три года жизни. И хотя все дети уникальны и каждый растет и учится в своем собственном темпе, некоторым детям нужна помощь. Эта дополнительная помощь и называется ранним вмешательством.	Пособие по Техасским службам раннего вмешательства (2006) [2].

Сравнивая определение «ранняя помощь» и «раннее вмешательство» видно, что они имеют общие признаки: рассматриваются как системы, комплекс социальных услуг, направленных на оказание помощи двум субъектам:

1) детям раннего возраста, имеющим нарушения развития или риски здоровья и ограничения жизнедеятельности;

2) родителям и другим членам семьи, проживающих и воспитывающих детей данной категории. Вся деятельность направлена на поддержку семьи и развитие ребенка. Но, есть и отличительные признаки, например, в некоторых определениях четко прописаны цели и способы их достижения.

Службы раннего вмешательства во всем мире выполняет универсальные цели, направленные на оказание помощи семье, имеющей ребенка раннего возраста с нарушениями развития здоровья, так и специфические цели связанные с культурным, политическим и экономическим контекстом, в котором данные услуги предоставляются.

Общими для всего мира целями раннего вмешательства являются

- ранее выявление нарушений в развитии младенца и ребенка раннего возраста;
- обеспечение услуг по развитию детей раннего возраста, имеющих нарушения, во избежание возникновения задержки в их развитии или минимизация этой задержки;
- формирование и развитие способности детей раннего возраста, имеющих нарушения или риск их возникновения, к самостоятельной жизни в обществе;
- сокращение расходов на специальное образование детей и уменьшение, таким образом, потребности в особом образовании и уходе по достижении ими школьного возраста;
- предоставление помощи родителям в создании оптимальных условий для развития и обучения ребенка в условиях семьи и местного сообщества;

- повышение уровня компетентности родителей и других членов семьи, приводящее к расширению и укреплению их возможностей по удовлетворению особых потребностей своего ребенка;

- содействие социальной интеграции семьи и ребенка [5].

Sh. Wolfendale (1997) утверждает, что у программы раннего вмешательства несколько целей:

«Первое – оказывать поддержку родителям в развитии их детей. Второе – содействовать развитию детей в таких ключевых областях, как коммуникация и подвижность.

Третье – содействовать развитию уверенности детей в своих силах и в конечном итоге – предотвращать возникновение будущих проблем» [2].

Раннее вмешательство основывается на принципе: «Службы должны помогать семьям, которые, в свою очередь, помогают своим детям: участвовать в деятельности, которая им нравится или ожидается, что они будут в ней участвовать; взаимодействовать со сверстниками, членами семьи и другими людьми, составляющими социальное окружение» [4].

Guralnick (2001), описывая основные аспекты раннего вмешательства, подчеркивает важность взаимодействия между родителем и ребенком, значимость ежедневного опыта, который ребёнок получает в своей семье, а также оказание помощи родителям с целью обеспечения здоровья и безопасности ребенка [9].

Итак, в зарубежной практике широко используется определение «раннее вмешательство», а в российской практике введено определением «ранняя помощь».

Несмотря на разнообразие выше предложенных определений, все они подчеркивают важность обеспечения широкого спектра услуг на самых ранних этапах развития для детей с нарушениями развития или риском появления таких нарушений, а также вовлечения родителей, семьи, и непосредственного окружения ребенка в предоставление услуг ранней помощи (раннего вмешательства).

Основной задачей программ ранней помощи (раннего вмешательства) является поддержка родителей в помощи их детям в использовании всех их возможностей для реализации всего потенциала развития и достижения ожидаемых уровней развития, насколько это возможно.

Список литературы:

1. *Аксенова О.Ж., Баранова Н.Ю., Емец М.М., Самарина Л.В. Стандартные требования к организации деятельности службы раннего вмешательства. – СПб, 2012.*
2. *Варгас-Барон Эмили, Янсон Ульф. Раннее вмешательство, специальное образование и интеграция: фокус на республике Беларусь. – Минск: Альтиора – Живые краски, 2009.*
3. *Доброва-Крол Н. Раннее вмешательство: Ключевые аспекты и международный опыт. - Международный детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) -48 с.*

4. *Лонг Т. Необходимые элементы программ раннего вмешательства // long@georgetown.edu*
5. *Распоряжение Правительства РФ от 31.08.2016 N 1839-р «Об утверждении Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года» // http://www.consultant.ru/*
6. *Eurlyaid (Eds.) (1997). Meeting of the working party Eurlyaid Cannaro, 9-12.10.1997. (unpublished working paper). European Agency*
7. *European Agency (2005).Early Childhood Intervention: Analysis of Situations in Europe - Key Aspects and Recommendations. Available on the http://www.european-agency.org/publications/ereports/early-childhood-intervention/early-childhood-intervention-analysis-of-situations-in-europe-key-aspects-and-recommendations website (retrieved 22.08.2013).*
8. *European Agency for Development in Special Needs Education //www.evropean agency.ord*
9. *Guralnick, Michael J., editor (2001). Early Childhood Inclusion. Baltimore, London, Toronto, Sidney: Paul Brookes.*

СЕМЕЙНО-ЦЕНТРИРОВАННЫЙ ПОДХОД В РАБОТЕ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ КАК КЛЮЧЕВОЙ АСПЕКТ ОПТИМАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

Чигвинцева В. О., *заведующий Службы ранней помощи Автономного учреждения социального обслуживания Удмуртской Республики «Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» г. Ижевск*

Ранняя помощь – это новое направление помощи детям с нарушениями в развитии в Удмуртской Республике. Актуальной является проблема ранней профилактики и преодоления нарушений развития, так как правильно организованная работа, начатая в раннем возрасте, определяет успешность всестороннего развития ребенка.

Цель Службы ранней помощи – комплексное сопровождение семей с детьми в возрасте от 0 месяцев до 3 лет, имеющих нарушения развития либо риск возникновения подобного нарушения.

Развитие ребенка проходит наиболее бурно и интенсивно в первые годы жизни. Ребенок проходит огромный путь в развитии моторных и психических функций, в овладении базовых и специфических навыков. Врожденная недостаточность или приобретенное органическое поражение сенсорных систем, опорно-двигательного аппарата или центральной нервной системы в раннем возрасте зачастую приводит к отклонениям в развитии, инвалидизации ребенка. Сензитивные периоды формирования многих функций и пластичность мозговых структур детей раннего возраста обуславливают высокие компенсаторные возможности и усиленное развитие других функций. Наличие ранней и адекватной помощи ребенку позволяет более эффективно компенсировать нарушения

в психофизическом развитии малыша и тем самым смягчать, а, возможно, и предупреждать отклонения в психическом и физическом развитии.

В соответствии с культурно-исторической концепцией психического развития Л.С. Выготского, теорией ведущей деятельности А.Н. Леонтьева, периодизации психического развития Д. Б. Эльконина и концепции генезиса общения ребенка со взрослыми М. И. Лисиной определяющими факторами психического развития ребенка являются его общение со взрослым и ведущая деятельность. В процессе общения и деятельности закладываются основные личностные образования: отношение ребенка к социальному и предметному миру, к себе самому, формируются способы взаимодействия с окружающей действительностью, происходит развитие познания. Окружение и среда ребенка оказывает огромное влияние на его развитие и модели поведения.

Традиционно внимание специалистов направленно на ребенка с нарушением развития, коррекцию дефекта, без учета особенностей и динамики функционирования семьи. Необходимо понимать, что ребенок с нарушениями развития существует не в изоляции, а является членом семейной системы, живет в контексте семьи [2].

Эмоциональный контакт между матерью и ребенком в младенческом и раннем возрасте рассматривается как базисная психологическая модель, необходимая для развития личности ребенка. Система диады «мать-дитя» обеспечивает удовлетворение потребности ребенка в развитии и потребности женщины в материнстве.

Модель ранней помощи поддерживает диадные отношения матери с ребенком, помогая родителям создавать возможности для обучения через простые игры, коммуникативные взаимодействия и насыщенное общение во время ухода за ребенком, в процессе выполнения повседневных дел, что обеспечивает многократное повторение и более эффективное усвоение необходимых навыков, чем специально организованные коррекционные занятия без учета ежедневных рутин [1].

Таким образом, главная цель команды специалистов Службы ранней помощи – обучить родителей эффективному взаимодействию с их особенным ребенком и создать условия для его оптимального развития и преодоления нарушения. Специалисты поддерживают активное включение семьи в реабилитационный процесс, сохраняя роль ведущего взрослого в жизни ребенка за родителями. Индивидуальная программа ранней помощи разрабатывается с учетом запроса родителей и непосредственно связана с реальной жизнью ребенка, его ежедневными рутинами.

Список литературы:

1. *Денверская модель раннего вмешательства для детей с аутизмом: Как в процессе повседневного взаимодействия научить ребенка играть, общаться и учиться / Салли Дж. Роджерс, Джеральдин Доусон, Лори А. Висмара ; [пер. с англ. В. Дегтяревой]. - Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2016. - 416 с.*
2. *Обычные семьи, особые дети: Практическое пособие / Селигман М., Дарлинг Р.Б., - 4-е изд. - М.:Теревинф, 2015. - 369 с.*

ДИАГНОСТИКА НАВЫКОВ САМООБСЛУЖИВАНИЯ И РАЗВИТИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОВЗ

Шульженко Н. В., *кандидат педагогических наук, доцент кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики ФГБОУ ВО «УдГУ», заместитель директора по психолого-педагогической реабилитации Автономного учреждения социального обслуживания Удмуртской Республики «Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» г. Ижевск*

В настоящее время значительно возрос интерес к проблеме помощи детям раннего возраста, имеющим ограниченные возможности здоровья и детям, входящим в группу риска по появлению нарушений, приводящих к ограничению жизнедеятельности ребенка, в связи с этим оказание квалифицированной психолого-педагогической помощи таким детям становится одним из направлений современного специального образования.

Существенным аспектом является формирование у данной категории детей навыков самообслуживания, способствующих их дальнейшей адаптации.

Формирование навыков самообслуживания у детей раннего возраста с ОВЗ можно воспринимать как необходимый процесс их социализации, который осуществляется в результате усвоения ребенком необходимых навыков, значимых для себя и близких окружающих. Воспитание культурно-гигиенических навыков и навыков самообслуживания является первым и существенным звеном воспитания человеческой личности [1]. Механизм формирования навыков самообслуживания сложен, потому что их усвоение требует определенно уровня развития внимания, подражания, восприятия, но при правильной организации коррекционно-развивающего работы, направленной на формирование навыков самообслуживания у детей раннего возраста с ОВЗ будет отмечаться становление практических действий детей, которые осуществляются в данном процессе.

Овладение операционной стороной деятельности позволят ребенку с ОВЗ стать самостоятельным и умелым в удовлетворении своих потребностей. Таким образом, стимулируется личностное развитие ребенка. Лишь на этой основе формируются «Я - позиция» и уверенность ребенка в собственных силах и возможностях, развиваются ответственность и элементы самооценки.

В процессе овладения навыками самообслуживания ребенок учится соотносить слова и предметы окружающей его обстановки, слова и действия, учится понимать речь взрослого и отвечать на простые вопросы, знакомится с некоторыми свойствами предметов, у ребенка развивается моторика, улучшается координация движений, происходит улучшение зрительно-двигательной координации и расширение их практического опыта, знаний об окружающем мире (Т.Н. Исаева, Г.В. Цикото и др.).

Такие авторы как М.И. Кузьмицкая, А.В. Маллер, Г.В. Цикото (1976) отмечают, что овладение ребенком практической деятельностью способствует в дальнейшем успешному развитию речи, формированию пространственных представлений, становлению конструктивных и графических навыков, накоплению опыта предметным оперированием количества, что влияет на социальную адаптацию детей [2]. Говоря о навыках самообслуживания у детей раннего возраста с ОВЗ необходимо обратить внимание на такие навыки как: навыки приема пищи: пользоваться ложкой, чашкой, есть и пить аккуратно, не разбрасывая еду вокруг тарелки, вытирать рот салфеткой; навыки удовлетворения естественных потребностей: проситься в туалет, сидеть на унитазе, справлять нужду в унитаз, смывать за собой, пользоваться туалетной бумагой, выбрасывать использованную туалетную бумагу, открывать кран с водой, брать мыло, намыливать руки, тереть их друг о друга, смывать мыло, закрывать кран, вытирать руки полотенцем; навыки пользования одеждой и обувью: надевать брюки (футболку, куртку), застегивать молнию на куртке, надевать ботинки, снимать брюки (футболку, куртку), расстегивать молнию на куртке, снимать ботинки.

При оценивании выше перечисленных навыков самообслуживания можно использовать следующую количественно-качественную шкалу [3]:
0 баллов – навык отсутствует, все действия выполняются взрослым. 1 балл – навык отсутствует, но при этом ребенок знает о его предназначении. Ребенок сотрудничает с взрослым или пытается с ним сотрудничать при выполнении того или иного навыка, т.е. выполняет действия, незначительно облегчающие уход за ним. Например, при кормлении сам открывает рот или пытается его открыть, пытается взять в руки ложку; при одевании просовывает или пытается просунуть руки в рукава. 2 балла – ребенок сотрудничает со взрослым, выполнение навыка проходит в партнерстве со взрослым, осуществляемое «рука в руку» с ребенком, сопровождаемое пошаговой инструкцией или комментарием к действию. 3 балла – выполнение навыка при незначительной помощи взрослого (частичная помощь, например, педагог начинает действие вместе с ребенком, а продолжает и заканчивает ребенок самостоятельно при контроле взрослого, или ребенок надел одежду, а взрослый ее поправил). 4 балла – навык у ребенка сформирован, но пользуется им ребенок в зависимости от ситуации, то есть ему нужны постоянные указания, где и как использовать тот или иной навык. 5 баллов – навык сформирован. Самостоятельное выполнение навыка без напоминания в любой ситуации.

Если в результате обследования выявляется, что у ребенка раннего возраста с ОВЗ навыки самообслуживания не сформированы или находятся на стадии формирования, то, в таком случае, необходимо проводить комплексную коррекционно-развивающую работу, в которую будут включены не только родители, но и такие специалисты как учитель-дефектолог и психолог.

Ребенок, достигая под воздействием взрослого успеха в овладении навыками самообслуживания, становится более умелым, более независимым от взрослого, уверенным в своих возможностях. Данный результат создает мотивационную основу для коррекции (как в психическом, так и в личностном плане) имеющихся у ребенка отклонений и обеспечивает последующую его социализацию [1]. Задача специалистов и родителей заключается в том, чтобы таким образом выстроить коррекционно-образовательный процесс, чтобы преодолеть максимум трудностей в раннем возрасте и снизить риски появления вторичных нарушений у ребенка.

Список литературы:

1. *Катаева А. А. Дошкольная олигофренопедагогика. – М.: ВЛАДОС, 1998.*
2. *Маллер А.Р. Ребенок с ограниченными возможностями..- М.: Педагогика – Пресс, 1996. - 80с.*
3. *Шульженко Н.В., Зак Г.Г., Нугаева О.Г. Методика обследования социально-бытовых навыков у детей младшего дошкольного возраста с умеренной и тяжелой умственной отсталостью // Специально образование: научно-методический журнал. - .2014.- № 1. – С. 52 – 60.*

НАУЧНО – ПРАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ТРАВМЫ СПИННОГО МОЗГА

Бодрова Р. А., *доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой реабилитологии и спортивной медицины «Казанской государственной медицинской академии» - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, главный внештатный специалист по медицинской реабилитации Министерства здравоохранения Республики Татарстан, г.Казань*
Закамырдина А. Д., *ассистент кафедры реабилитологии и спортивной медицины Казанской государственной медицинской академии - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Казань*
Гумарова Л. Ш., *ассистент кафедры реабилитологии и спортивной медицины «Казанской государственной медицинской академии» - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, врач-физиотерапевт неврологического отделения для больных с ОНМК ГАУЗ «Городская клиническая больница №7», г. Казань.*
Мифтахова Л. Я.*, заведующий отделением медицинской реабилитации ГАУЗ "Госпиталь для ветеранов войн", г. Казань*

Актуальность. В Российской Федерации ежегодно регистрируется около 50 тысяч случаев позвоночно-спинномозговых травм (ПСМТ). В ближайшие годы специалисты прогнозируют увеличение данного показателя до 80 и более тысяч. Эффективность реабилитации лиц с последствиями ПСМТ является одной из актуальных задач современной нейрореабилитации (Г.Е Иванова; В.В. Крылов; М.Б. Цыкунов; Б.А. Поляев, 2010). При отсутствии необходимой психологической коррекции характер психологических нарушений значительно изменяется, что перестраивает степень мотивации и затрудняет проведение реабилитации, снижая ее эффективность (Буйлова Т.В., 2013).

Цель исследования.

Изучение эффективности релаксационных сеансов у лиц, после перенесенной ПСМТ в позднем периоде.

Материалы и методы.

Под наблюдением находилось 38 пациентов с ПСМТ в позднем периоде, из них - 7 женщин и 31 мужчина в возрасте от 21 до 46 лет (средний возраст 29,4±2,8 лет). Давность травмы составляла от 2 до 6 лет (4, 3±1,6 лет) с различной степенью двигательных нарушений. Наиболее частыми причинами инвалидизации были травмы, полученные в дорожно-транспортных происшествиях, при бытовых и производственных травмах, «травма ныряльщика».

Пациенты рандомизированно были распределены на две группы. I группу (контрольная, n=18) составили пациенты, перенесшие травматическое поражение спинного мозга вследствие травмы шейного

(CIV-CVI) и нижнегрудного отделов позвоночника (ThV-ThXII), получающие стандартную терапию; II группу (основная, n=20) - пациенты, перенесшие травматическое поражение спинного мозга вследствие травмы шейного отдела позвоночника (CIV-CVI) и нижнегрудного отдела позвоночника (ThV-ThXII) и получающие на фоне стандартной терапии индивидуальные психорелаксационные сеансы с применением аутогенной тренировки, свето-, музыко- и ароматерапии длительностью 40-60 мин. в течение 15-17 ежедневных процедур. В процессе релаксации пациенты погружались в состояние легкого транса, при котором происходило одновременное физическое и психическое расслабление. К 10 процедуре пациенты овладевали навыками снятия мышечного напряжения и техниками дыхательного расслабления. Психологическая коррекция заключалась как в индивидуальной коррекции (повышение локус-контроля, методы улучшения качества жизни и т.д.), так и занятия в группе (релаксационные сеансы в виде аутогенной тренировки).

Диагноз ТБСМ устанавливался на основе общепринятых клинико-инструментальных критериев (Иванова Г.Е., 2010). Всем пациентам проводили стандартный неврологический осмотр с детальной характеристикой двигательных и чувствительных нарушений, шкала оценки двигательной активности, ASIA, функциональной независимости, индекс активности повседневной жизнедеятельности Бартела, психологическое тестирование для исследования эмоциональных особенностей пациентов с помощью шкалы депрессии Бека, ситуативной и личностной тревожности Спилбергера (Белова А.Н., 2002; Буйлова Т.В., 2012, 2013).

Результаты и их обсуждение.

При проведении обследования у лиц, перенесших ПСМТ, были выявлены жалобы на пониженное настроение (переживание безнадежности, собственной неполноценности и малоценности), чувство вины, соматическую тревогу, бессонницу. По результатам психодиагностического исследования был выявлен повышенный уровень личностной тревожности у 81,5% пациентов, ситуативной – у 71,0% пациентов, легкая депрессия ситуативного характера (снижение толерантности к стрессовым факторам, эмоциональная неустойчивость) – у 55,2 % пациентов.

После проведенной комплексной терапии у пациентов I группы (контрольная) было выявлено снижение уровня ситуативной и личностной тревожности на 12,3% (P>0,1), уровня депрессивного фона – на 7,1%, чувства беспокойства и раздражительности – на 11,4%, улучшение эмоционального состояния и самочувствия на11,8% (P>0,1); повышение общего тонуса, устойчивости к стрессу, уменьшения жалоб на физическое состояние у 28,9% лиц, перенесших ТБСМ. У пациентов II группы (основная) – снижение уровня ситуативной и личностной тревожности на 34,6% (P□0,05), депрессивного фона – на 15,9%, чувства беспокойства и раздражительности на 18,4%; улучшение эмоционального состояния и

самочувствия на38,7%(Р□0,01), повышение общего тонуса, устойчивости к стрессу, уменьшения жалоб на физическое состояние у 85,0% пациентов.

Заключение.

Индивидуальные психорелаксационные сеансы у лиц, перенесших позвоночно-спинномозговую травму с применением аутогенной тренировки, свето-, музыко- и ароматерапии способствуют уменьшению жалоб на физическое состояние у 85% больных, снижению уровня тревожности и депрессии, повышению социальной активности, психической адаптации и качества жизни пациентов.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В РАМКАХ ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ, ИМЕЮЩИХ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫЕ АНОМАЛИИ

Бронников В. А., *доктор медицинских наук, профессор кафедры социальной работы ФГБОУ ВО "Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера" Министерства здравоохранения Российской Федерации, директор центра реабилитации инвалидов, г.Пермь*

Данилова М. А., Залазаева Е. А., *ФГБОУ ВО "Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера" Министерства здравоохранения Российской Федерации, г.Пермь*

Актуальность. Важной современной медико-социальной проблемой является детская инвалидность, специфика которой состоит в том, что ограничения жизнедеятельности возникают в период активного формирования высших психических функций, усвоения знаний и умений, в период становления личности.

В свою очередь, применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (МКФ-ДП) позволяет объективно оценить эффективность проводимых реабилитационных мероприятий и определить прогноз восстановления нарушенных функций у детей с ограниченными возможностями здоровья [2].

Цель исследования.

Оценить результаты применения МКФ-ДП в рамках ограничений жизнедеятельности у детей с церебральным параличом, имеющих зубочелюстные аномалии.

Материал и методы исследования.

Проведено многоцентровое открытое проспективное клиническое исследование с общим объемом выборки 40 детей-инвалидов с двигательными нарушениями в виде спастических форм церебрального паралича (ДЦП), имеющих зубочелюстные аномалии (ЗЧА).

Средний возраст пациентов составил 8,7 лет ± 1,2 года. Все дети - с установленным диагнозом и оформленной инвалидностью.

Следует отметить, что у детей с ДЦП, имеющих ЗЧА, задержано и нарушено формирование двигательных функций, нарушена координация тонких, дифференцированных движений, что доказывает сложность ухода за полостью рта такими детьми, ввиду вышесказанного в таблице 1 нами выделены домены МКФ-ДП, подлежащие оценке [1,3].

Таблица 1. Используемые категории МКФ-ДП

Функции организма	**Структуры организма**	**Активность и участие**
b 320 – функции артикуляции	s 320 – структура рта	d 330 - речь
b 510 – функции приема нутриентов	s 730 – структура верхней конечности	d 445 – использование кисти и руки
b 710 – функции подвижности суставов		d 520 – уход за частями тела
b 720 – функции подвижности костного аппарата		d 570 – забота о своем здоровье

Для определения степени нарушения функций и ограничения активности применяли определитель выраженности ограничения. Для определения процента выраженности нарушения использовали полученные результаты международных стандартизированных оценочных и реабилитационных шкал, каждой шкале подбирался соответствующий код МКФ-ДП.

Результаты исследования.

При анализе полученных данных, установлено, что среди обследованного контингента имели место 20 (50,0%) случаев умеренных нарушений в выделенных доменах МКФ-ДП, подлежащих оценке ($p<0,05$).

Исходя из полученных результатов, комплексное реабилитационное воздействие у данной категории детей было направлено на 4 основные функциональные системы: моторику (в том числе и в челюстно-лицевой области), сенсорную, когнитивную и эмоционально-коммуникативную сферы, поведение.

Программа реабилитации детей с ДЦП, имеющих ЗЧА, включала мероприятия, учитывающие все компоненты МКФ-ДП, и реализовывалась в организационном аспекте на принципах раннего начала реабилитационных мероприятий, а также комплексности, этапности, индивидуальности, междисциплинарного подхода.

Следует отметить, что для реализации программ реабилитации, в том числе и стоматологических, был применен мультидисциплинарный подход, который объединил специалистов, работающих как единая команда с четкой согласованностью действий, что обеспечило реализацию целей и задач реабилитации.

Заключение.

Таким образом, реализация основных положений МКФ-ДП позволяет получить интегральную оценку состояния пациента в процессе реабилитации, результатов различных реабилитационных технологий и может быть использована для оценки потребностей пациентов, объема проводимых реабилитационных мероприятий и сравнительного анализа эффективности оказания реабилитационной помощи, в том числе и стоматологической, а также достижения краткосрочных и долгосрочных целей.

Список литературы:

1. *Бронников В.А., Данилова М.А., Залазаева Е.А. Эффективность применения комплекса лечебно-профилактических ортодонтических и реабилитационных мероприятий у детей со спастическими формами церебрального паралича // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2016. Выпуск 2 (116). С. 68-75.*
2. *Пинчук Д.Ю., Бронников В.А., Кравцов Ю.И. Детский церебральный паралич: о дезинтегративных механизмах постнатального дизнейроонтогенеза и возможностях реабилитации / Д.Ю. Пинчук, В.А. Бронников, Ю.И. Кравцов. СПб.: Человек, 2014.*
3. *Смычёк В.Б Основы МКФ. Минск: Белорусский государственный аграрный технический университет, 2015. 430с.*

ИЗМЕНЕНИЕ СТАТОКИНЕТИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ

Гросс Н. А., *кандидат педагогических наук, доцент ФГБУ ФНЦ ВНИИФК, директор Детского Центра физической реабилитации и спорта «Гросско», г. Москва*
Шарова Т. Л., *кандидат педагогических наук, ФГБУ ФНЦ ВНИИФК, Россия, г. Москва*

Актуальность. В период роста и развития физическая активность для детей с ДЦП является обязательным условием для укрепления механизмов адаптации, которые способствуют экономизации сердечной деятельности и улучшению его резервной функции. Выполнение любого движения в вертикальном положении у таких детей сопровождается повышенной мобилизацией организма, в результате которой усиливается хаотичность движений, что приводит к разбросу статокинетических характеристик устойчивости. Если не работать над улучшением устойчивости посредством целенаправленного подбора упражнений и расширения границ двигательных возможностей, то происходит закрепление сформированного ранее порочного двигательного навыка. Чтобы способствовать решению этой задачи, необходима объективная информация о реакции организма на физическую нагрузку. Такая информация может быть получена при проведении стабилометрических исследований.

Цель исследования.

Определить особенности реакции организма детей с ДЦП на вертикальную устойчивость после выполнения физических упражнений.

Материалы и методы.

В исследовании принимали участие дети дошкольного и младшего школьного возраста с диагнозом ДЦП. Тестирование проводилось в положении стоя с открытыми и закрытыми глазами (тест Ромберга) и с поворотом головы направо и налево на компьютерном стабилоанализаторе «Стабилан -01». Для исследования были отобраны 7 активных упражнений, чаще всего используемых в занятиях: работа ногами на «Мотомеде Reck» в пассивном режиме в течение 10 минут на скорости 20 об/мин.; ходьба на беговой дорожке в течение 10 минут на скорости 1-2,0 км/час; вращения и перемещения в «Тренажере Гросса» без касания пола ногами в течение 3-х минут (перемещения проводил методист); перекаты, лежа на матах, со спины на живот в течение одной минуты; прыжки в «Тренажере Гросса» с отталкиванием от пола и с продвижением вперед в течение 5-ти минут; велоезда по залу или работа на велотренажере в течение 10 минут; покачивание на овальном мяче в течение 1 минуты на животе и 1 минуты на спине.

Результаты исследования.

Показатели стабилометрии имеют большую индивидуальную вариативность в зависимости от диагноза и характера используемых упражнений.

На показатель «Смещение по фронтали» при открытых глазах сильное возмущающее воздействие оказывают упражнения вращение в «Тренажере Гросса» и «Покачивание на овальном мяче»».

На показатель «Смещение по сагиттали» при открытых глазах наиболее сильное возмущающее воздействие на устойчивость оказывают ходьба в «Тренажере Гросса», и «Велоезда».

Наименьшим раздражающим фактором для вестибулярной системы явилось выполнение «Перекатов на матах».

В показателе «Скорость перемещения ЦД» при открытых глазах наибольшее воздействие на статокинетическую устойчивость оказали «Ходьба по беговой дорожке» и «Велоезда».

Упражнение «Перекаты на полу на матах» приводили к менее существенным сдвигам, что можно объяснить исходным горизонтальным положением тела на полу, низким расположением центра тяжести и большой площадью опоры. Это упражнение целесообразно применять выборочно в зависимости от цели занятия.

Заключение.

Определение особенностей реакции организма детей - инвалидов при выполнении упражнений, влияющих на устойчивость при принятии вертикального положения, показало, что метод стабилометрии является информативным и может использоваться для проведения дальнейших исследований.

Из всех используемых упражнений «Вращение и перемещение в Тренажере Гросса» приводит к наибольшим сдвигам в показателе устойчивости тела, а перекаты на полу на матах к менее существенным сдвигам.

Особенности изменения статокинетической устойчивости после выполнения упражнений необходимо учитывать при построении реабилитационного занятия с детьми, имеющими функциональные нарушения.

КОРРЕКЦИЯ ТРОФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ

Гумарова Л. Ш., *ассистент кафедры реабилитологии и спортивной медицины «Казанской государственной медицинской академии» - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, врач-физиотерапевт неврологического отделения для больных с ОНМК ГАУЗ «Городская клиническая больница №7», г. Казань.*

Актуальность. Во всём мире цереброваскулярные болезни (ЦВБ) находятся на втором месте среди причин смерти и составляют до 10% от всех смертей [1].

Наиболее распространённой формой ЦВБ является инсульт.

По данным Всемирной организации здравоохранения, 15 миллионов человек ежегодно переносят инсульт во всем мире, из них 5 миллионов умирают и еще 5 миллионов навсегда остаются инвалидами [2].

По данным зарубежных исследований за последние несколько лет от 14 до 49,3% пациентов с инсультом страдают от недостаточности питания различной степени.

Доказано, что недостаточность питания приводит к неблагоприятному исходу у больных как с ишемическим, так и геморрагическим инсультами.

У пациентов с инсультом, страдающих от недостаточности питания, наблюдается более высокий процент развития пролежней, инфекций дыхательной системы и мочевыводящих путей, а также более длительные сроки госпитализации и более высокие показатели смертности [3,4].

Принимая во внимание наибольшее количество осложнений в виде нарушения деятельности внутренних органов, пролежней, белкового истощения организма, остеопороза, вторичной инфекции различной локализации, связанных с длительной иммобилизацией больных, наиболее актуальным является изучение методов коррекции имеющихся нарушений и способов их профилактики.

Цель исследования.

Изучение нарушений трофологического статуса и эффективности способов их коррекции у больных с ограниченным двигательным режимом, перенесших мозговой инсульт.

Материалы и методы исследования.

Исследование проводилось в неврологическом отделении для лечения больных с ОНМК и отделении нейрореабилитации на базе Городской клинической больницы №7 г.Казани. Под наблюдением находилось 45 пациентов, которые перенесли ишемический инсульт, со степенью ограничения жизнедеятельности (79,0 ± 2,5 балла по шкале Functional Independence Measure - FIM) в возрасте от 43 до 76 лет. Всем пациентам проводилась оценка трофологического статуса в течение первых 2-х суток после госпитализации, на 2-ой неделе и через 1 месяц. Пациенты были рандомизированно разделены на 2 группы: В I группе, основной (22 чел.), всем пациентам с гипотрофией на фоне стандартной терапии проводилась комплексная коррекция трофологического статуса с использованием дополнительного питания Nutricia (Нутридринк, Нутризон; Нидерланды) в сочетании с комплексом упражнений активно-пассивной механотерапии тренажёра Оксицикл-III (Тайвань) через 2-2,5 часа после приёма смеси по индивидуальной методике. Пациенты II группы, контрольной (23 чел), получали стандартную терапию, им проводилась оценка трофологического статуса в динамике. Комплексная оценка трофологического статуса включала применение антропометрических методов (измерение роста, веса, окружности плеча, кожно-жировых складок в стандартных точках методом калиперметрии, расчёта индекса массы тела, окружности мышц плеча, определение компонентного состава тела методом биоэлектрического импеданса), биохимических и иммунологических методов (определение общего белка, альбумина, трансферрина, абсолютного числа лимфоцитов в крови). Расчёт суточной энергопотребности проводили индивидуально по уравнению Харриса-Бенедикта.

Результаты исследования.

Во всех группах более 60% пациентов с ОНМК при госпитализации в стационар имеют высокий риск развития питательной недостаточности. После проведённой комплексной коррекции трофологического статуса в I группе доля пациентов с низким риском развития гипотрофии возросла на 40% (p=0,05), с высоким риском развития гипотрофии снизилась на 31,3% (p=0,05), с белково-энергетической недостаточностью (БЭН) уменьшилась на 8,7% (p=0,05) и составила 3,8%, причём преимущественно за счёт БЭН лёгкой степени. Во II, контрольной, группе доля пациентов с низким риском развития гипотрофии повысилась на 15,2% (p=0,05), с высоким риском развития гипотрофии понизилась на 7,7% (p=0,05), с белково-энергетической недостаточностью (БЭН) уменьшилась на 7,1% (p=0,05). В I группе не было выявлено значительных изменений в весе или индексе массы тела (ИМТ) за период наблюдения, в то время как во II контрольной группе отмечалось снижение массы тела на 5%, как за счёт жировой, так и тощей массы тела. Общий белок во всех группах оставался в пределах нормальных значений, хотя во II группе этот показатель снизился примерно на 11% от исходного уровня; в I группе общий белок повысился

на 5% по сравнению со II группой. Степень ограничения жизнедеятельности по шкале FIM на фоне комплексного лечения возросла на 38%, в группе контроля на 23%.

Заключение.

По клинико-лабораторным и антропометрическим показателям нутритивная поддержка в соответствии с индивидуальными энергопотребностями, а также в комплексе с активно-пассивной механотерапией способствует коррекции трофологических нарушений у пациентов, перенесших ишемический инсульт и имеющих длительный двигательный дефицит (p=0,05). Комплексная коррекция трофологического статуса благоприятно влияет на исход ишемического инсульта, улучшает качество жизни, способствует повышению независимости от окружающих у данной категории пациентов (p=0,05). У пациентов, перенесших ишемический инсульт, на фоне комплексной коррекции трофологического статуса возрастает толерантность к физическим нагрузкам, что повышает реабилитационный потенциал и способствует улучшению реабилитационного прогноза (p>0,05).

Список литературы:

1. *Mohan, KM., Wolfe, CDA, Rudd, AG et al Risk and cumulative risk of stroke recurrence: A systemic review and meta analysis Stroke 2011 May; 42 (5) P1489-94*
2. *Adamson, J., Beswick, A. and Ebrahim, S. Stroke and Disability Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases 2004 vol 13, No. 4 2004 P171-177*
3. *S. H. Yoo, J. S. Kim, S. U. Kwon, S. C. Yun, J. Y. Koh, and D. W. Kang, "Undernutrition as a predictor of poor clinical outcomes in acute ischemic stroke patients," Archives of Neurology, vol. 65, no. 1, pp. 39–43, 2008.*
4. *E. J. Prosser-Loose, S. E. Smith, and P. G. Paterson, "Experimental model considerations for the study of protein-energy malnutrition co-existing with ischemic brain injury," Current Neurovascular Research, vol. 8, no. 2, pp. 170–182, 2011.*

ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Гумарова Л. Ш., *ассистент кафедры реабилитологии и спортивной медицины «Казанской государственной медицинской академии» - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, врач-физиотерапевт неврологического отделения для больных с ОНМК ГАУЗ «Городская клиническая больница №7», г. Казань.*

Бодрова Р. А., *доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой реабилитологии и спортивной медицины «Казанской государственной медицинской академии» - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, главный внештатный специалист по медицинской реабилитации Министерства здравоохранения Республики Татарстан,г. Казань*

Аухадеев Э. И., *доктор медицинских наук, профессор кафедры реабилитологии и спортивной медицины «Казанской государственной медицинской академии» - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань*

Хусаинова Э. Р., *кандидат медицинских наук, заведующая отделением медицинской реабилитации больных с нарушением функции ЦНС ГАУЗ «Городская клиническая больница №7»,г. Казань*
Абашева Л. Ф.*, заведующий физиотерапевтическим отделением МСЧ КФУ г.Казань*

Актуальность. В России, как и во всем мире, сосудистые заболевания головного мозга являются ведущей причиной смертности и больших социально-экономических потерь в обществе [4]. Наибольшая частота инсультов отмечена в Китае, Восточной Европе и России. Согласно прогнозам ВОЗ, к 2020 г. заболеваемость инсультом возрастёт на 25% (до 7,6 млн. человек в год), что обусловлено старением населения планеты и ростом распространенности в популяции факторов риска мозговых инсультов. Инсульт занимает первое место среди всех причин первичной инвалидности взрослого населения (32 на 100 тыс. населения). Эффективность реабилитации лиц с мозговым инсультом является одной из актуальных задач современной нейрореабилитации [1].

При переводе из реанимационного в неврологическое отделение состояние пациента оценивается специалистами мультидисциплинарной бригады (МДБ), которые определяют степень нарушения и динамику восстановления неврологического дефицита (амплитуда движений, мышечная сила, мышечный тонус, речь, координация и т.д.). Таким образом, все измерения производятся на уровне «повреждение». Используемые для этого многочисленные шкалы и опросники не учитывают целостное состояние пациента, включая такие важные сферы, как социальная адаптация, профессиональная переподготовка и др. Оценить не только функции и структуры организма, но также активность и участие пациента в повседневной жизни и факторы среды позволяет Международная классификация функционирования (МКФ) [2]. Нарушения структуры и функций в МКФ оценивают с использованием определенных идентификационных критериев (т.е. как существующие или отсутствующие в соответствии с пороговым уровнем). Эти критерии одинаковы для функций и структур. Как только нарушение появляется, оно может быть оценено по степени выраженности с использованием общего определителя. Если нарушения структур и функций организма требуют подтверждения с помощью функциональных и инструментальных методов исследования, то ограничение активности и участия строится в основном на субъективной самооценке пациентом ограничения способности выполнять тот или иной вид деятельности, предусмотренный в рамках МКФ [2].

Цель исследования.

Оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов в остром периоде инсульта на основе МКФ.

Материал и методы исследования.

Проведено обследование и лечение 60 пациентов (среди которых 26 женщин и 34 мужчин) с мозговым инсультом в остром периоде. В

структуре заболевания преобладал ишемический инсульт (90%), на долю геморрагического инсульта приходилось 10% больных. Средний возраст пациентов составил 66,7±2,1 год. Все пациенты, с учетом наличия показаний и противопоказаний, получали патогенетическую медикаментозную терапию (нейропротекторы, сосудистые, метаболические препараты), кинезиотерапию, медицинский массаж, индивидуальную и групповую лечебную физкультуру, пассивную и активную механотерапию, физиотерапию, психолого-логопедическую коррекцию. В качестве целостной оценки динамики и эффективности проведенного лечения использовалась МКФ в адаптированном нами варианте для пациентов с инсультом. Для детального определения уровня и степени тяжести инсульта применялась классификация NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale); для выявления функциональной независимости - шкала FIM (Functional Independence Measure); уровня бытовой активности – Канадская оценка Выполнения деятельности (COPM), шкала активности Ривермид. Для оценки двигательных функций использовался индекс мобильности Ривермид (по F.M.Collen 1991); спастичности — шкала Ашворта (Ashworth B., 1964). Уровень депрессии оценивали по шкале Бека (А.Т. Бек, 1961); реактивную тревожность — с помощью теста Спилбергера-Ханина. Также применялись биохимические, инструментальные и нейрофизиологические методы оценки.

Результаты исследования и их обсуждение.

Таким образом, были достигнуты следующие результаты. При поступлении в стационар почти 80% больных имели от 0 до 5 баллов по шкале Ривермид, т.е. были маломобильны, что соответствует тяжелому нарушению мобильности. В результате проведенных реабилитационных мероприятий более 70% больных имели от 6 до 10 баллов, что соответствует умеренным и легким нарушениям мобильности. У пациентов с ОНМК улучшились нейромышечные, скелетные и функции, связанные с движением на 39,8%, умственные функции на 27,3%.

Анализ шкалы FIM (Мера функциональной независимости), интегрирующей оценку жизнедеятельности и ролевых ограничений, показал достоверное увеличение баллов, что отражает улучшение двигательной и социальной активности. В цифрах среднего значения от 49 до 80 баллов, что соответствует умеренной степени ограничения жизнедеятельности и зависимости от окружающих.

Заключение.

При оценке эффективности лечения пациентов в остром периоде церебрального инсульта с использованием МКФ было выявлено существенное улучшение двигательной активности пациентов. Возросла доля пациентов с легкими и умеренными нарушениями функций, улучшились показатели мобильности пациентов, а доля пациентов с тяжелым функциональным дефицитом уменьшилась. Использование МКФ позволяет полноценно оценить статус пациента и, соответственно, реабилитационный потенциал, а также сформулировать реабилитационный

диагноз. МКФ как инструмент оценки эффективности реабилитационных мероприятий способствует максимально точному определению реабилитационного прогноза.

Список литературы:

1. *Белова, А.Н., Прокопенко, С.В. Нейрореабилитация. – 3-е изд., перераб. и доп. М., 2010 г. – 1288 с.*
2. *Бодрова, Р.А., Аухадеев, Э.И., Тихонов И.В. Опыт применения международной классификации функционирования в оценке эффективности реабилитации пациентов с последствиями поражения ЦНС // Практическая медицина.- 2013.-Т.66, №1.- С.100-102.*
3. *Бронников, В.А., Смычек, В.Б., и соавт. Комплексная оценка двигательных функций у пациентов в позднем восстановительном периоде инсульта на основе принципов МКФ. Материалы IV Республиканской конференции с международным участием «Международная классификация функционирования в современной оценке качества реабилитации больных и инвалидов» – Казань: КГМА, 2016. – с.35-39.*
4. *Голик, В.А. Использование международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в экспертной неврологической практике / В.А. Голик, Е.Н. Мороз, С.А. Погорелова // Международный неврологический журнал. – 2011. – № 5 (43). – С. 104-110.*

ВЛИЯНИЕ КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ИКРОНОЖНОЙ МЫШЦЫ

Елисеева Е. В., *кандидат медицинских наук, доцент ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г.Ижевск*
Фатыхов И. Р., *кандидат медицинских наук, ассистент ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г.Ижевск*
Завалина М. А., Лиховских С. И, *студенты лечебного факультета ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России*

Актуальность. Боль в икроножной мышце - довольно частое явление, возникающее при нагрузках. Она может быть спровоцирована разными причинами. Чаще всего неприятные ощущения возникают из-за накопления молочной кислоты, которая вырабатывается в тканях из-за повышенной физической нагрузки или непривычной деятельности мышечных тканей. Также боль наблюдается при резких движениях в результате растяжения мышц, например, при беге. В настоящее время в медицине используются множество способов устранения этих симптомов, путем растяжения и устранения мышечного спазма.

Наиболее известные методы: постизометрическая релаксация - ПИР, стретчинг, миофасциальный релиз - МФР, массаж. Применение этих методик предполагает наличие специального оборудования и подготовленных специалистов. В спортивной практике используются кинезиотейпы, которые имеют ряд функций: поднимает кожу над мышцами и связками, получившими травму; осуществляет поддержку

травмированным связкам и мышцам; способствует снижению болевых ощущений; помогает оттоку лимфы от повреждённого участка.

Учитывая положительный эффект у спортсменов мы предполагаем возможность использования кинезиотейпирования для профилактики и лечения спастических состояний.

Цель исследования.

Изучить влияние кинезиотейпирования на функциональное состояние икроножной мышцы при разных нагрузках.

Материалы и методы исследования.

Исследования проводили в течение 5 дней на 12 волонтерах, которые были разделены на 2 группы: нетренированные (7 человек) и тренированные (5 человек). Для оценки функционального состояния икроножной мышцы у всех исследуемых определяли обхват голени до начала нагрузки и после завершения нагрузки.

Эффективность методики оценивали по длине прыжка до наклеивания кинезиотейпа и через 40 мин. после кинезиотейпирования; а также скорости бега (по времени) на дистанцию 1 км до наклеивания кинезиотейпа (исходное состояние) и на 5-й день его применения. Дополнительно проводили анкетирование волонтеров для оценки субъективного ощущения до и после нагрузки при использовании тейпов.

Для сравнения эффективности способа наложения кинезиотейпа у нетренированных волонтеров использовали 2 метода: Y-наложение тейпа и I-наложение тейпа.

Результаты исследования.

В первый день после наклеивания кинезиотейпа объем икроножной мышцы резко уменьшился в обеих группах, а в последующие дни обхват голени увеличивался.

Можно предположить, что уменьшение объема икроножной мышцы было связано с адаптацией её к воздействию, а последующее увеличение размеров является следствием улучшения кровообращения и прироста мышечной массы.

Длина прыжка в течение исследования прирастала, однако у нетренированных испытуемых эти изменения были значительно больше, чем у тренированных.

Возможно, это связано с тем, что у тренированных волонтеров мышца приспособлена к большим нагрузкам и наложение кинезиотейпа не дает значимого увеличения результата, тогда как у нетренированных волонтёров мышца более чувствительна к стимулирующему действию кинезиотейпов.

В то же время положительное влияние кинезиотейпов у тренированных волонтеров проявилось в уменьшении времени для бега на дистанцию 1 км, т.е. повысилась мощность мышцы, что привело к повышению скорости бега.

При опросе было выявлено уменьшение утомляемости и отеков икроножной мышцы, урежение случаев возникновения спазмов при нагрузке.

При сравнении способов наклеивания было выявлено, что у испытуемых с I-тейпом прирост результата был больше, чем у исследуемых с Y-тейпом. Возможно, это связано с тем, что Y тейп ограничивает движение ахиллова сухожилия и держит мышцу растянутой, тем самым уменьшает подвижность икроножной мышцы. Однако, Y-тейп используется чаще, так как он уменьшает отек, увеличивает прирост мышечной массы и обеспечивает профилактику травм у спортсменов, является классическим видом кинезиотейпирования и подходит каждому. I-тейп не безопасен для спортсменов и в основном используется нетренированными волонтерами.

Заключение.

Эффективность действия кинезиотейпов на работу икроножной мышцы у тренированных была ниже, чем у нетренированных волонтеров, что можно объяснить хорошей тренированностью мышцы.

Адаптация у нетренированных волонтеров была дольше, чем у спортсменов. Также в результате исследования выяснилось, что разные способы наложения кинезиотейпов повлияли на работу икроножной мышцы и улучшили ее функциональное состояние.

Кроме того, можно отметить моделирующее влияние кинезиотейпов на мышцу голени и можно рекомендовать для профилактики спама и улучшения функционального состояния икроножной мышцы.

ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

Запарий С. П., *доктор медицинских наук, руководитель - главный эксперт по медико-социальной экспертизе ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Москве» Минтруда России, г. Москва*
Самусенко А. Г., *руководитель бюро № 94 врач по медико-социальной экспертизе ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Москве» Минтруда России, г. Москва*

Актуальность. Инвалидность вследствие болезней нервной системы является сложной проблемой как для органов здравоохранения, так и социальной защиты.

Значительная тяжесть данной патологии при недостаточной эффективности лечебно-профилактических мероприятий, преобладание в контингенте лиц трудоспособного возраста определяют актуальность изучения данных о формировании первичной инвалидности взрослого населения в мегаполисе для своевременного планирования

реабилитационных, абилитационных мероприятий и профилактики инвалидности [1, 2, 3, 4, 5].

Цель исследования.

Изучение показателей первичной инвалидности взрослого населения вследствие болезней нервной системы в г. Москве в сравнении с показателями по Центральному федеральному округу и Российской Федерации.

Материалы и методы исследования.

Исследование, смешанное с использованием электронной базы ЕАВИИАС МСЭ за 2013-2017 гг. контингента впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие болезней нервной системы в г. Москве, ЦФО и РФ.

Методы исследования: выкопировка сведений, описательная статистика, аналитический и сравнительный анализ, расчет показателя достоверности.

Результаты и обсуждение результатов исследования.

Болезни нервной системы в структуре первичной инвалидности взрослого населения в г. Москве в 2013 году занимали 4 место, их доля составляла 3,2%, в динамике отмечалось увеличение их удельного веса до 4,5% в 2017 г., в среднем составив 3, 7%.

Идентичная тенденция отмечалась как в Центральном федеральном округе, так и в Российской Федерации: от 3,5% до 4,6%, в среднем составив 4,1% и от 3,7% до 5,0%, в среднем составив 4,3% соответственно. Необходимо отметить, что удельный вес ВПИ вследствие болезней нервной системы в г. Москве за 2013-2017 гг. меньше, чем в ЦФО и РФ.

Абсолютное число ВПИ вследствие болезней нервной системы в Москве, ЦФО и РФ за все годы последовательно уменьшалось. Впервые за 2013-2017 гг. инвалидами вследствие данной патологии в г. Москве были признаны 10734 человека или 2147 чел. в среднем за год.

Изучение структуры первичной инвалидности вследствие болезней нервной системы по возрастным группам взрослого населения показало, что существенных различий в значениях и динамике не отмечалось и представлено равномерно всеми возрастными группами с незначительным преобладанием лиц пенсионного возраста.

Их доля за 2013-2017 гг. среди впервые признанных инвалидами в г. Москве имела колебания от 33,3% до 40,3%, в среднем составляла 37,0%.

Абсолютное число ВПИ данной возрастной группы составило 3978 чел. или 796 чел. в среднем за год.

Уровень первичной инвалидности среди данной возрастной группы имел тенденцию к снижению от 2,9 до 2,3, в среднем составляла за 2013-2017 гг. 2,5 на 10 тысяч соответствующего населения.

Таблица 1. Показатели первичной инвалидности взрослого населения вследствие болезней нервной системы в г. Москве, Центральном федеральном округе и Российской Федерации за 2013-2017 гг. (абс. ч, %, на 10 тысяч населения)

Годы	Показатели								
	г. Москва			ЦФО			РФ		
	абс. число	уд. вес	уровень	абс. число	уд. вес	уровень	абс. число	уд. вес	уровень
2013	2143	3,2	2,1	7844	3,8	2,4	27764	4,2	2,4
2014	2047	3,5	2,0	7523	3,7	2,3	26670	3,7	2,3
2015	2126	3,6	2,1	7373	3,8	2,3	26317	3,8	2,2
2016	2279	3,7	2,0	7192	4,4	3,2	25788	4,8	2,2
2017	2139	4,5	2,3	7276	4,6	2,3	26314	5,0	2,2
Среднее значение	2147	3,7	2,1	7442	4,1	2,3	26571	4,3	2,3

В Центральном федеральном округе удельный вес инвалидов пенсионного возраста выше, в динамике отмечается его увеличение с 35,6% до 41,1%, в среднем составлял 38,1%. Уровень первичной инвалидности у данного контингента инвалидов характеризовался тенденцией к снижению от 3,1 до 2,5, в среднем составлял за 2013-2017 гг. 2,8 на 10 тысяч соответствующего населения.

Таким образом, экстенсивные показатели по г. Москве (37,0) среди лиц пенсионного возраста ниже аналогичных показателей по ЦФО (38,1) и РФ (37,4). $p<0,05$.

Интенсивные показатели первичной инвалидности среди лиц пенсионного возраста за период наблюдения по г. Москве (2,5) ниже, чем в ЦФО (2,8) и РФ (2,8) $p<0,05$

Инвалиды среднего возраста (женщины 45-54 лет, мужчины 45-59 лет) в структуре ВПИ вследствие болезней нервной системы по г. Москве составляли от 28,5% до 32,0%, в среднем – 30,2%. Абсолютное число лиц среднего возраста впервые признанные инвалидами за 2013-2017 гг., составило 3239 человек, или 648 человек в среднем за год.

Уровень первичной инвалидности в динамике характеризуется увеличением от 3,0 до 3,3 в 2013-2016 гг. со снижением до 2,8 на 10 тысяч соответствующего населения в 2017 г., в среднем составлял 3,0 на 10 тысяч населения соответствующего возраста.

В Центральном федеральном округе доля инвалидов среднего возраста в динамике характеризовалась уменьшением от 31,9% до 28,7%, в среднем составляя 30,7%. Их абсолютное число в структуре ВПИ также уменьшалась от 2501 человека до 2037 человек в динамике за 2013 – 2017 гг., в среднем составляя за год 2320 человек. Уровень первичной инвалидности в динамике имел тенденцию к снижению от 3,5 до 3,0, в среднем составляя 3,3 на 10 тысяч соответствующего возраста.

В Российской Федерации удельный вес инвалидов среднего возраста за 2013-2017 гг. уменьшился в структуре ВПИ вследствие болезней нервной системы от 32,5% до 27,7%, в среднем составляя 30,0%.

Уровень первичной инвалидности среди данной возрастной группы уменьшился в динамике от 3,5 до 3,0, в среднем составлял 3,2 на 10 тысяч населения соответствующего населения. Экстенсивный показатель первичной инвалидности среди инвалидов среднего возраста по г. Москве (30,2) выше, чем в РФ (30,0) $p<0,01$, но ниже, чем в Центральном федеральном округе (30,7) $p<0,01$. Интенсивный показатель первичной инвалидности среди лиц среднего возраста по г. Москве (3,0) ниже, чем в РФ (3,2) и ЦФО (3,3) $p<0,05$.

Инвалиды молодого возраста (18-44 лет) вследствие болезней нервной системы в г. Москве в структуре ВПИ составляли в динамике от 29,1% до 36,8% в 2013-2016 гг., со снижением до 31,5% в 2017 году, в среднем их доля составляла 32,8%. Абсолютное число инвалидов молодого возраста составляло 3517 человек, в среднем за год 703 чел. Уровень первичной инвалидности среди данной возрастной группы имеет колебания от 1,2 до 1,6 в 2013-2015 гг., с последующим снижением до 1,4 в 2017 году, в среднем составлял 1,4 на 10 тысяч населения соответствующего возраста.

В Центральном федеральном округе удельный вес инвалидов молодого возраста имеет аналогичную тенденцию, в среднем составлял 31,2%, что ниже, чем по г. Москве. $p<0,05$. Уровень первичной инвалидности среди инвалидов молодого возраста имел показатели выше и в среднем составлял 1,5 на 10 тысяч населения соответствующего возраста, что выше в г. Москве. $p<0,01$.

В Российской Федерации удельный вес инвалидов молодого возраста за 2013-2017 гг. в среднем равнялся 32,6%, уровень первичной инвалидности за исследуемый период составил 1,5 на 10 тысяч населения соответствующей возрастной категории.

Изучение структуры ВПИ вследствие болезней нервной системы по тяжести инвалидности выявило преобладание инвалидов III группы. В динамике их удельный вес по г. Москве имел тенденцию к увеличению от 56,0% до 62,6%, в среднем за период составлял 61,1%. Абсолютное их число составило 6558 человек, в среднем 1312 человек в год. Уровень первичной инвалидности III группы имел колебания от 1,2 до 1,4, в среднем составляя 1,28 на 10 тысяч взрослого населения.

Таблица 2. Структура контингента ВПИ вследствие болезней нервной системы среди взрослого населения в г. Москве, Центральном федеральном округе и Российской Федерации с учетом возрастных групп за 2013-2017 гг.
(абс. ч., % на 10 тыс. населения)

Административная территория	Год	Возрастные группы								
		Молодой			Средний			Пенсионный		
		Абс. ч.	Уд. вес	уровень	Абс. ч.	Уд. вес	уровень	Абс. ч.	Уд. вес	уровень
г. Москва	2013	624	29,1	1,2	655	30,6	3,0	864	40,3	2,9
	2014	701	34,2	1,4	611	29,8	2,8	735	35,9	2,4
	2015	782	36,8	1,6	635	29,9	2,9	709	33,3	3,3
	2016	736	32,3	1,5	729	32,0	3,3	814	35,7	2,5
	2017	674	31,5	1,4	609	28.5	2,8	856	40,0	2,6
	Сред. знач	703	32,8	1,4	648	30,2	3,0	726	37,0	2,5
ЦФО	2013	2724	29,0	1,5	2501	31,9	3.5	3069	39,1	3,1
	2014	2322	30,9	1,5	2539	31,4	3,4	2842	37,8	2,8
	2015	2440	32,6	1,6	2309	31,3	3,4	2624	35,6	2,6
	2016	2319	32,2	1,5	2214	30,8	3,3	2639	37,0	2,5
	2017	2247	30,9	1,5	2037	28,0	3,0	2992	41,1	2,8
	Сред. знач	2320	31,2	1,5	2320	30,7	3,3	2837	38,1	2.8
РФ	2013	8694	31,3	1,5	9010	32,5	3,5	10060	36,2	3,0
	2014	8564	32,6	1,5	8219	30,8	3,3	9887	37,1	2,9
	2015	8759	33,3	1,5	7690	29,2	3.1	9868	37,5	2,8
	2016	8663	33,6	1,5	7658	29,7	3,1	9467	36,7	2,6
	2017	8635	32,8	1,5	7297	27,7	3.0	10382	39,5	2.8
	Сред. знач	8663	32,6	1,5	7975	30,0	3,2	9933	37,4	2,8

В Центральном федеральном округе доля инвалидов III группы в структуре ВПИ в динамике характеризуется увеличением от 54,9% до 58,9%, в среднем составляя 57,4%, что ниже, чем по г. Москве ($p<0,05$).

Уровень первичной инвалидности среди данного контингента инвалидов за 2013-2017 гг. был стабилен и равнялся 1,3 на 10 тысяч взрослого населения.

В Российской Федерации отмечается аналогичная тенденция. Увеличение доли инвалидов III группы от 52,9% до 57,4%, в среднем составляя 55,5%, что ниже, чем по г. Москве и Центральному федеральному округу($p<0,05$). Уровень первичной инвалидности III группы в РФ в среднем составлял 1,26 на 10 тысяч взрослого населения.

Второе ранговое место в структуре ВПИ вследствие болезней нервной системы занимали инвалиды II группы. Абсолютное их число по г. Москве уменьшилось от 636 человек до 526 человек, в среднем составляя 578 человек в год за период исследования, что в 2,3 раза меньше, чем инвалидов III группы. Их доля в структуре ВПИ в динамике уменьшилась от 29,7% до 24,6%, в среднем составляя 26,9%. Уровень первичной инвалидности II группы имел колебания в границах 0,6 -0,5, в среднем равнялся 0,54 на 10 тысяч взрослого населения.

В Центральном федеральном округе удельный вес инвалидов II группы имел тенденцию к уменьшению от 28,5% до 25,2%, в среднем составляя 26,9%, так же, как и по г. Москве. Уровень первичной инвалидности II группы в динамике за 2013-2017 гг. характеризовался снижением от 0,7 до 0,6, в среднем составляя 0,64 на 10 тысяч взрослого населения, что на 18,5% выше, чем по г. Москве ($p<0,05$).

В Российской Федерации удельный вес инвалидов II группы в динамике уменьшился в структуре ВПИ от 31,0% до 26,4%, в среднем составляя 28,4%, что выше, чем по г. Москве и ЦФО. ($p<0,05$) Уровень инвалидов II группы в среднем составил 0,64 на 10 тысяч взрослого населения.

Существенно меньшее число в структуре ВПИ вследствие болезней нервной системы составляли инвалиды I группы. Так общее их число по г. Москве за 2013-2017 гг. составляло 1287 человек, в среднем 257 человек в год, что в 2, 3 раза меньше, чем инвалидов II группы и в 5,1 раза меньше, чем инвалидов III группы. Их удельный вес в структуре ВПИ в среднем составлял 12,0%, с колебаниями за период исследования от 14,7% до 9,8 %. Уровень первичной инвалидности I группы регистрировался в границах 0,3 - 0,2, в среднем составлял 0,24 на 10 тысяч взрослого населения.

Удельный вес инвалидов I группы и динамики, как в Центральном ФО, так и в Российской Федерации вследствие болезней нервной системы, определенной тенденции не прослеживалось. В среднем экстенсивные показатели составляли 15,7% и 16,1% соответственно, что выше чем по г. Москве (13.0%) ($p<0,05$). Уровень первичной инвалидности I группы также регистрировался на уровне 0,4 -0,3, в среднем составляя 0,36 и 0,38 на 10 тысяч населения соответственно. Показатели достоверно выше чем по г. Москве (0, 24) ($p<0,05$).

Таблица 3. Структура контингента ВПИ взрослого населения, вследствие болезней нервной системы в г. Москве, Центральном федеральном округе и Российской Федерации с учетом групп инвалидности за 2013-2017 гг. (абс. ч., % на 10 тыс. населения)

Административная территория	Год	Группы инвалидности								
		I			II			III		
		Абс. ч.	Уд. вес	уровень	Абс. ч.	Уд. вес	уровень	Абс. ч.	Уд. вес	уровень
г. Москва	**2013**	306	14,3	0,3	636	29,7	0,6	1201	56,0	1,2
	2014	247	12,1	0,2	562	27,3	0,5	1238	60,5	1,2
	2015	209	9,8	0,2	564	26,5	0,5	1353	63,6	1,3
	2016	251	11,0	0,2	600	26,3	0,6	1428	62,7	1,4
	2017	274	12,8	0,3	526	24,6	0,5	1339	62,6	1,3
	Сред. знач	257	12,0	0,24	578	26,9	0,54	1312	61,1	1,28
ЦФО	**2013**	1298	16,5	0,4	2239	28,5	0,7	4307	54,9	1,3
	2014	1142	15,2	0,4	2112	28,1	0,7	4269	56,7	1,3
	2015	1067	14,5	0,3	1984	26,9	0,6	4322	58,6	1,3
	2016	1109	15,4	0,3	1845	25,7	0,6	4238	58,9	1,3
	2017	1216	16,7	0,4	1833	25,2	0,6	4277	58,1	1,3
	Сред. знач	1166	15,7	0,36	2003	26,9	0,64	4273	57,4	1,3
РФ	**2013**	4457	16,	0,4	8611	31,0	0,7	14696	52,9	1,3
	2014	4143	15,5	0,4	8023	30,1	0,7	14804	54,4	1,2
	2015	4339	16,7	0,4	7213	27,4	0,6	14705	55,9	1,2
	2016	4100	15.9	0,3	6975	27,0	0,6	14713	57,1	1,3
	2017	4256	16,2	0,4	6952	26,4	0,6	15106	57,4	1,3
	Сред. знач	4259	16,1	0,38	7557	28,4	0,64	14745	55,5	1,26

Заключение.

Показатели первичной инвалидности вследствие болезней нервной системы среди взрослого населения в г.Москве были ниже, чем в Центральном федеральном округе и Российской Федерации в течение

всего периода исследования. Экстенсивные показатели характеризовались тенденцией к увеличению, интенсивные – к снижению.

Возрастная структура контингента ВПИ вследствие болезней нервной системы в г. Москве, ЦФО и Российской Федерации существенных различий в значениях и динамике не отличались и представлены всеми возрастными группами с незначительным преобладанием лиц пенсионного возраста.

Их удельный вес в среднем равен 37,0% и был меньше, чем в ЦФО (38,1%) и РФ (37,4%). Уровень первичной инвалидности среди данной возрастной группы имел тенденцию к снижению, в среднем составляя 2,5, что ниже, чем в ЦФО и РФ (2,8) ($p<0,05$).

Удельный вес инвалидов среднего возраста в г. Москве – 30,2%, что незначительно ниже, чем в РФ (30,7%), но выше, чем в ЦФО (30,7) $p<0,01$. Уровень первичной инвалидности среди лиц среднего возраста в Москве (3,0) ниже, чем в ЦФО (3,3) и Российской Федерации (3,2) $p<0,05$.

Удельный вес инвалидов молодого возраста в г. Москве составлял 32,8% с тенденцией к снижению, в ЦФО и РФ их удельный вес составлял 31,2% и 32,6% с аналогичной тенденцией. Уровень инвалидности среди ВПИ данного возраста в г. Москве составлял 1,4 на 10 тысяч соответствующего населения, что незначительно ниже аналогичных показателей по Центральному ФО и РФ (1,5) $p<0,01$.

Большую часть контингента ВПИ вследствие болезней нервной системы составляли инвалиды III группы, в динамике их доля увеличивалась как в г. Москве от 56,8 % до 62,6%, в среднем составляя 61,1%, так и в Центральном ФО – от 54,9% до 58,9%, в среднем составляя 57,4%, и в Российской Федерации – от 52,9% до 57,4%, в среднем – 55,5%. Уровень инвалидности III группы по г. Москве имел тенденцию к росту, в то же время в ЦФО и РФ интенсивные показатели были стабильны за весь период исследования.

Второе ранговое место занимали инвалиды II группы. Их удельный вес в структуре ВПИ, как по г. Москве, так и в ЦФО и РФ имел в динамике тенденцию к уменьшению, в среднем составлял за период исследования 26,9% в г. Москве и ЦФО.

Уровень инвалидности IIгруппы имел аналогичную тенденцию, в среднем составлял по г. Москве 0,54, в ЦФО и Российской Федерации – 0,64 на 10 тысяч взрослого населения. Удельный вес инвалидов I группы по г. Москве в среднем составлял 12,0%, что ниже, чем в ЦФО (15,7%) и РФ (16,1%) $p<0,01$. Уровень инвалидности I группы по г. Москве был ниже, чем в ЦФО и Российской Федерации.

Список литературы:

1. *Гришина Л.П., Чайчиц Ю.А., Акмурзаева М.М. Структура инвалидности вследствие болезней нервной системы по нозологическим формам болезнен и ее гендерные особенности. // II Вестник Всероссийского общества специалистов*

по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – М., 2009, № 3 - с. 103-106.
2. *Головин А.А., Шамшева Е. В. Анализ первичной инвалидности вследствие болезней нервной системы взрослого населения в Омской области: состояние и прогноз. // Наука и общество: проблемы современных исследований. Сб. научных НОУ ВПО «ОмГА». - Омск, 2010, Ч. 3 – С. 70-74*
3. *Дымочка М.А., Гришина Л.П., Волкова З.М. Показатели инвалидности и реабилитации населения в Российской Федерации в динамике за 2012-2014 гг. // Медико-социальные проблемы инвалидности. – М., 2015, № 2 – с. 98-119*
4. *Дымочка М.А., Веригина Н.Б. Первичная инвалидность взрослого населения в Российской Федерации за период 2012-2017 гг. // Медико-социальные проблемы инвалидности. - М., 2018, № 2 – с. 8-16*
5. *Дымочка М.А., Гришина Л.П. Анализ результатов первичного и повторного освидетельствования взрослого населения Российской Федерации в бюро медико-социальной экспертизы за период 2013-2015 гг. // Медико-социальные проблемы инвалидности. – М., 2016, № 3 – С. 80-85.*

ТАНЦЕВАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ДЦП

Иванова И. Л., *кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, г.Ижевск*
Иванова К. Л., Хабибуллин Д. Ф.*, студенты ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, г.Ижевск*

Актуальность. Термин детский церебральный паралич (ДЦП) обозначает группу нарушений развития движений и положения тела, вызывающих ограничения активности, которые вызваны не прогрессирующим поражением развивающегося мозга плода ребенка. Моторные нарушения при церебральных параличах часто сопровождаются дефектами чувствительности, когнитивных и коммуникативных функций .

Цель исследования.

Изучение влияния и эффективности танцевальной терапии на моторные и когнитивные функции у детей с ДЦП.

Материалы и методы исследования.

Обследовано 15 детей с диагнозом ДЦП от 5 до 17 лет, находящихся на лечении в Республиканском реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями г. Ижевска.

Исследование проводилось у детей как впервые, так и повторно проходящих курс танцевальной терапии. Для проведения исследования использовались следующие методы: непроизвольный невербальный психологический тест «Какого я цвета?» Н. Ю. Оганесян, шкала глобальных моторных функций GMFCS, система классификации нарушений коммуникационных функций CFCS, классификация нарушений функций руки MACS.

Результаты исследования.

Проведенное исследование установило общее улучшение когнитивных и моторных функций у исследуемых детей в 86.6% случаев, притом в 99 % случаев произошлозаметное изменение поведения и социального взаимодействия в группе в положительную сторону и уменьшении агрессии. При прохождении повторных курсов (от 2 и более) отмечается развитие глобальных моторных функций по шкалам GMFCS, CFCS и MACS на 1 и более уровней (баллов)

Заключение.

Танцевальная терапия оказывает позитивное влияние на формирование психо-эмоциональных, когнитивных и двигательных функций у детей с ДЦП. Это проявляется в снижении уровня напряжения в обществе и приближении самооценки к адекватному уровню. Информативные показатели значимости танцевальной терапии, показали повышение активностиу ребенка, снижение агрессии.

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ПОВТОРНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В МОСКВЕ И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ДИНАМИКЕ ЗА 2012-2017 ГГ.

Коврижных Ю. А., *руководитель бюро № 44, врач по медико-социальной экспертизе ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Москве» Минтруда России, г. Москва*

Запарий С. П., *доктор медицинских наук, руководитель — главный эксперт по медико-социальной экспертизе ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Москве» Минтруда России, г. Москва*

Шахсуварян С. Б., *ведущий научный сотрудник Сектора научно-методического обеспечения экспертно-реабилитационной диагностики при осуществлении МСЭ Научно-методического центра ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, г. Москва*

Актуальность. Изучение инвалидности вследствие злокачественных новообразований обусловлена их высокой распространенностью как в мире, так и в нашей стране, а также существенными экономическими потерями в связи с длительной утратой трудоспособности, инвалидностью пациентов вследствие указанной патологии [1,2,3].

Цель исследования.

Изучение закономерностей формирования повторной инвалидности взрослого населения вследствие злокачественных новообразований в г. Москве с учетом возрастных групп, тяжести инвалидности.

Материалы и методы исследования.

Сплошным методом проанализированы данные о всех повторно признанных инвалидами вследствие злокачественных новообразований (код по МКБ – X C00-C97) в г. Москве, включенные в электронную базу ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» за 2012-2017 гг.

Методы исследования: выкопировка сведений, аналитический.

Период исследования: 2012-2017 гг.

Результаты исследовнаия и их обсуждение.

Общее число лиц, повторно признанных инвалидами среди взрослого населения г. Москвы за 6 лет наблюдения (2012-2017 гг.) составило 122105 человек вследствие злокачественных новообразований, в среднем 20351 чел. в год.

В динамике их число с 20245 чел. в 2012 г. уменьшилось до 19230 чел. в 2015 г., с последующим увеличением до 22342 чел. в 2017 г.

Их доля в общей структуре ППИ имела тенденцию к росту от 16,3% до 23,7%, в среднем составляла за период 19,3%, в тоже время в 2012-2015 гг. удельный вес данного контингента инвалидов в г. Москве был выше, чем в РФ, в последующем в 2016-2017 гг. ниже.

В Российской Федерации число лиц, которым при переосвидетельствовании установлена инвалидность с данной патологией также имело тенденцию к увеличению от 136465 чел. до 316623 чел., в целом за период составило 1609645 чел., или 265274 чел. в среднем за год. Их удельный вес в структуре ППИ увеличился от 14,1% до 24,8%, в среднем за период составлял 18,5%.

Инвалиды вследствие злокачественных новообразований при повторных освидетельствованиях занимали второе ранговое место в структуре ППИ как по г. Москве, так и в Российской Федерации (рис. 1, табл. 1).

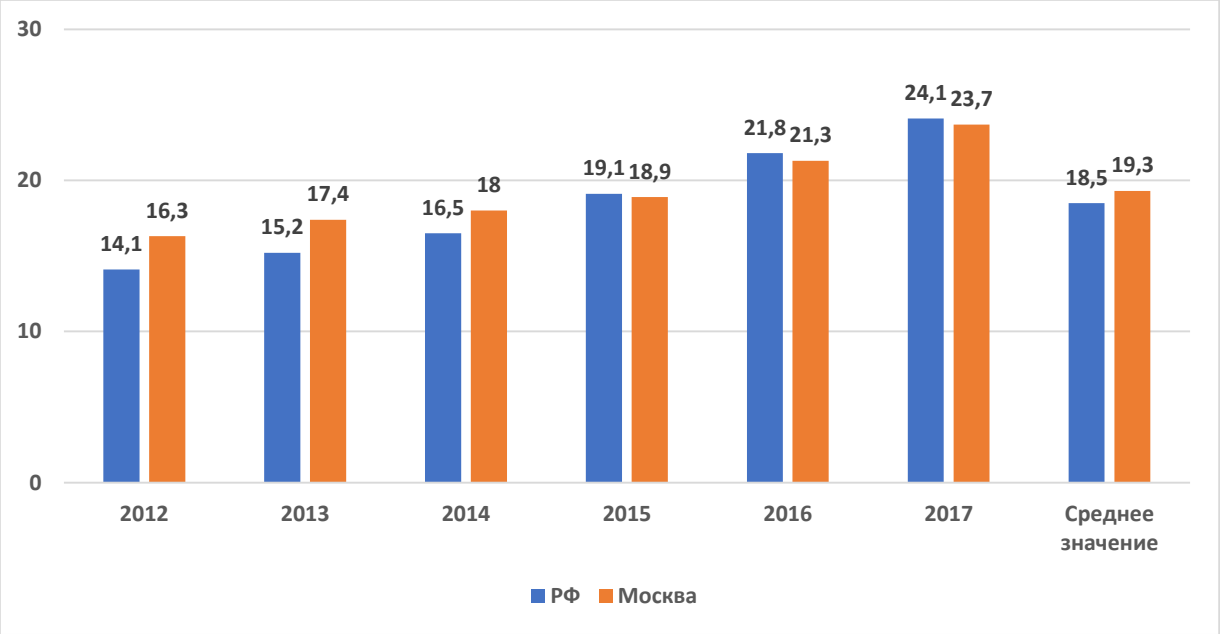

Рис. 1 Доля повторно признанных инвалидов вследствие злокачественных новообразований в Москве и РФ в структуре повторно признанных инвалидами за 2012-2017 гг. (%)

Таблица 1. Сравнительная характеристика повторной инвалидности взрослого населения вследствие злокачественных новообразований в г. Москве и Российской Федерации за 2012-2017 гг. (абс. ч., %, на 10 тыс., M±m)

Административная территория	Показатели	Годы						
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	Средние значения
г. Москва	Абсол. число	20245	19529	19319	19230	21440	22342	20351
	Уровень (на 10 тыс.)	20,4±0,28	19,2±0,28	18,8±0,28	18,7±0,28	20,3±0,29	21,6±0,28	19,9±0,27
	Темп роста/убыли	-	-5,9	-2,1	-0,6	+10,7	+4,3	-
Российская Федерация	Абсол. число	236465	241230	246090	270504	298734	316623	268274
	Уровень (на 10 тыс.)	20,3±0,08	20,7±0,08	21,2±0,08	22,9±0,09	25,4±0,09	27,0±0,08	22,9±0,08
	Темп роста/убыли	-	+2,0	+2,4	+8,0	+10,9	+6,3	-

Уровень повторной инвалидности вследствие ЗНО все годы в г. Москве оставался высоким, в 2012 году интенсивный показатель составлял 20,4±0,28.

В последние годы отмечалась тенденция к снижению до 18,7±0,28 в 2015 году, с темпами снижения -5,9; -2,1; -0,6% соответственно по годам.

В 2016-2017 гг. отмечалось увеличение его до 21,6±0,28, в среднем за период наблюдения составил 19,9±0,27.

В Российской Федерации уровень повторной инвалидности регистрировался все годы выше, чем в г. Москве.

В динамике имеем тенденцию к росту от 20,3±0,08 до 27,0±0,08 за 2012-2017 гг., с более выраженными темпами роста: +2,0; +2,4; +8,0; +10,9; +6,3% соответственно по годам, в среднем составлял 22,9±0,08, что выше, чем в г. Москве (19,9±0,27) $p < 0,05$.

Возрастную структуру контингента инвалидов вследствие злокачественных новообразований в основном составляли лица пенсионного возраста (женщины 55 лет и старше, мужчины 60 лет и старше).

Их доля в динамике составляла от 56,7% до 66,6% с тенденцией роста, в среднем составляла 60,1% за 2012-2017 гг.

Удельный вес инвалидов трудоспособного возраста в динамике имел тенденцию к уменьшению от 31,9% до 26,9%, в среднем составлял 29,2%. Удельный вес инвалидов молодого возраста (18-44 лет) в динамике от 11,4% в 2012 году до 12,0% в 2015 году, снизился до 5,5% в 2016 году и увеличился до 12,2% в 2017 году, в среднем составил 10,7%.

Абсолютное число лиц молодого возраста ППИ увеличилось от 11845 чел. до 13591 чел., в среднем составило 73396 чел., или 12066 чел. в среднем за год.

Число инвалидов трудоспособного возраста за период изучения уменьшилось от 6453 чел. до 5444 чел., в целом составляло 35144 человека, или 5857 чел. в среднем за год.

Число инвалидов молодого возраста в целом составляло 12987 чел., в среднем 2165 чел. в год.

Анализ структуры контингента ППИ вследствие злокачественных новообразований с учетом групп инвалидности показал, что наибольший удельный вес составляли инвалиды II группы.

В динамике их доля имела тенденцию к уменьшению от 54,8% до 41,6%, в среднем составляла 42,4% за 2012 – 2017 гг.

Абсолютное число инвалидов II группы в динамике увеличилось на 7182 чел. в 2012 году до 9283 чел. в 2017 году, в целом составило 47883 чел., в среднем 7981 чел.

Уровень инвалидности II группы увеличился от 7,2±0,31 до 9,0±0,29, в среднем составил 7,8±0,30 на 10 тыс. взрослого населения.

Абсолютное число инвалидов III группы составило 49082 чел., в среднем 8180 чел. в год, их удельный вес в структуре ППИ в среднем составил 41,3 % со средним интенсивным показателем 8,0±0,30, что выше уровня инвалидности II группы. $p < 0,01$.

Таблица 2. Показатели повторной инвалидности взрослого населения вследствие злокачественных новообразований среди возрастных групп г. Москвы за 2012 – 2017 гг. (абс. ч., %, на 10 тыс., M±m)

Год	Возрастные группы								
	М – 18 – 44 л. Ж – 18 – 44 л.			М – 45 – 59 л. Ж – 45 – 54 л.			М – 60 лет и старше Ж – 55 лет и старше		
	абс. число	уд. вес	уровень	абс. число	уд. вес	уровень	абс. число	уд. вес	уровень
2012	2307	11,4	4,7±0,44	6453	31,9	30,1±0,57	11485	56,7	40,9±0,46
2013	2265	11,6	4,5±0,43	5996	30,7	27,5±0,58	11268	57,7	38,2±0,45
2014	2265	11,7	4,5±0,43	5703	29,5	26,2±0,59	11351	58,8	37,4±0,45
2015	2312	12,0	4,6±0,44	5444	28,3	25,2±0,59	11474	59,7	36,8±0,45
2016	1102	5,5	2,2±0,44	5533	27,8	25,4±0,59	13254	66,6	41,1±0,43
2017	2736	12,2	5,6±0,43	6015	26,9	27,7±0,58	13591	60,8	41,1±0,43
среднее значение	2165	10,7	4,4±0,44	5857	29,2	27,0±0,58	12066	60,1	39,3±0,44

Число инвалидов I группы наименьшее в структуре ППИ, в динамике отмечалось их уменьшение от 3542 чел. до 3033 чел., в среднем составляло

3000 чел. в год. Их доля в динамике уменьшилась от 27% до 13,6%, в среднем составила 16,4%.

Таблица 3. Динамика числа лиц, повторно признанных инвалидами среди взрослого населения вследствие злокачественных новообразований по тяжести инвалидности в г. Москве за 2012 – 2017 гг. (абс. ч., %, на 10 тыс., M±m)

Год	Группы инвалидности								
	I			II			III		
	абс. число	уд. вес	уровень	абс. число	уд. вес	уровень	абс. число	уд. вес	уровень
2012	3542	27,0	3,6±0,31	7182	54,8	7,2±0,31	2381	18,2	2,4±0,31
2013	2885	14,8	2,8±0,30	7709	39,5	7,6±0,30	8935	45,8	8,8±0,29
2014	2766	14,3	2,7±0,31	7232	37,4	7,0±0,30	9321	48,2	9,1±0,29
2015	2817	14,6	2,7±0,31	7591	39,5	7,4±0,30	8822	45,9	8,6±0,29
2016	2957	13,8	2,9±0,31	8880	41,4	8,6±0,29	9603	44,8	9,3±0,30
2017	3033	13,6	2,9±0,30	9289	41,6	9,0±0,29	10020	44,8	9,7±0,29
среднее значение	3000	16,4	2,9±0,30	7981	42,4	7,8±0,30	8180	41,3	8,0±0,30

Уровень повторной инвалидности I группы уменьшился от 3,6±0,31 в 2012 году до 2,9±0,30 в 2017 году, в среднем составил 2,9±0,30 на 10 тыс. взрослого населения.

Заключение.

1. Анализ повторной инвалидности взрослого населения вследствие злокачественных новообразований г. Москвы выявил стабильную тенденцию к росту экстенсивных и интенсивных показателей, но показатели ниже чем в Российской Федерации.
2. В структуре повторно признанных инвалидами вследствие злокачественных новообразований преобладали инвалиды пенсионного возраста с тенденцией роста их удельного веса и уровня. Удельный вес и уровень инвалидов трудоспособного возраста имел тенденцию к их уменьшению, а доля и уровень повторной инвалидности имел тенденцию к увеличению.
3. По тяжести инвалидности преобладали инвалиды II группы в динамике с тенденцией к уменьшению и увеличение удельного веса инвалидов III группы. Отмечалось уменьшение удельного веса инвалидов I группы.

Список литературы:

1. *Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году/ Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018. - 235 с.*
2. *Перминов В.А., Куликов С.К., Кошель А.П. Анализ заболеваемости и первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований среди взрослого*

населения Томской области за период 2012-2017 гг. // Медико-социальные проблемы инвалидности, М, 2018, - № 3 – С. 96-102.
3. *Пузин С.Н., Гришина Л.П., Кардаков Н.Л. Инвалидность в Российской Федерации // М.: Издательство «Медицина», 2006. - 219 с.*

ВЛИЯНИЕ ТРАНСВЕРТЕБРАЛЬНОЙ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИИ СПИННОГО МОЗГА НА СИСТЕМУ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПО ДАННЫМ ВАРИАЦИОННОЙ КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

***Муравьев С. В.**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры медицинской реабилитации и спортивной медицины ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера, г.Пермь*
***Черкасова В. Г.,** доктор медицинских наук, профессор, зав кафедрой мед. реабилитации и спортивной медицины ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера, директор НОЦ СМ и МР ПГМУ, гл.внештатный специалист по СМ МЗ Пермского края, г.Пермь*
***Ковалев М. А.,** студент лечебный ф-т ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера, г.Пермь*
***Чайников П. Н.**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры медицинской реабилитации и спортивной медицины ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера, г.Пермь*
***Антропов Е. С.**, аспирант кафедры медицинской реабилитации и спортивной медицины ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера, г.Пермь*

Актуальность. Среди ортопедических заболеваний у пациентов детского и подросткового возраста лидирующие позиции занимают дорсопатии.

Многоплоскостные деформации позвоночника часто сопровождаются вегетативными нарушениями, которые являются патологическими коморбидными процессами. Дегенеративно-дистрофические расстройства в позвоночнике, вызванные дорсопатиями, клинически проявляются болью в спине и конечностях. Метод трансвертебральной микрополяризации спинного мозга (ТВМП СМ), как было представлено ранее, отличается достаточной эффективностью в лечении боли в спине при сколиозе [1, 4].

В последнее время разработаны также различные техники применения ТВМП для коррекции деформации позвоночника. Однако, влияние метода ТВМП на параметры вегетативной регуляции у пациентов с разными формами заболеваний позвоночника до сих пор не было изучено.

Цель исследования.

Изучить влияние трансвертебральной микрополяризации спинного мозга на параметры вегетативной регуляции у детей с разными заболеваниями позвоночника.

Материалы и методы исследования.

В исследовании приняли участие и были обследованы 47 пациентов (39 девочек и 18 мальчиков), средний возраст которых составил 12,36

±1,15. Все пациенты имели разные формы многоплоскостной деформации позвоночника (нарушение осанки и сколиоз). Диагноз был установлен на основании ортопедического осмотра, а также данных рентгенографии и компьютерной оптической топографии. Всем испытуемым была выполнена вариационная кардиоинтервалография (КИГ, НейроМВП-4/С, ООО «Нейрософт», г.Иваново, Россия). Фоновую запись кардиограммы производили в положении лежа в течение пяти минут после десятиминутного отдыха. Пластинчатые электроды накладывали на конечности пациента в первом стандартном электрокардиографическом отведении. После этого выполняли ортостатическую пробу: проводили запись кардиограммы пациента в положении стоя в течение пяти минут. Явлений ортостатической гипотензии при выполнении одноименной пробы выявлено не было. Всем испытуемым КИГ выполнялась до начала и по завершении терапевтического курса. Для автоматической оценки кардиограммы методами временного анализа (статистические методы), анализа волновой структуры ритма сердца (спектральный анализ), математического анализа ритма по Р.М. Баевскому, использовали программный пакет «Поли-Спектр» (ООО «Нейрософ т», г. Иваново, Россия).

Стандартное санаторно-курортное лечение, включавшее массаж, лечебную физкультуру, бальнео-, магнито- и лазеротерапию получали все испытуемые в течение 10 дней. Основной группе пациентов (39 человек, 23 девочки и 16 мальчиков) кроме этого был проведен курс ТВМП. Процедуры проводи ли трижды через день в течение пяти дней с использованием аппарата для гальванизации и лекарственного электрофореза «ЭЛФОР- ПРОФ» (ООО НПФ «НЕВОТОН», г. Санкт-Петербург, Россия). Использовали два резиновых электрода площадью 22 см, расположенных паравертебрально. Анод располагали ростраль но на уровне остистых отростков позвонков CV–CVI, катод – каудально на уровне остистых отростков позвонков LIV–SI. Для процедур использовали экспозицию постоянного тока силой 200–240 мкА в течение 30 минут. Пациентам контрольной группы (8 человек, 5 девочек и 3 мальчика) назначение процедур ТВМП не проводилось.

Осложнений и побочных эффектов от проведенных процедур в основной и контрольной группах не наблюдалось. Все процедуры назначались пациентам при отсутствии противопоказаний для их проведения и при наличии информированного согласия на медицинское вмешательство, полученного от родителей или законных представителей пациентов.

Статистическая обработка проводилась с использованием программного пакета Statistica 8.0. Данные представлены в виде медианы (Me), первого и третьего квартилей (Q1 и Q3 соответственно). В качестве метода сравнительной статистики использован критерий Вилкоксона. Достоверным считали уровень $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение.

У пациентов, получивших курс лечения, включающий ТВМП, было выявлено достоверное уменьшение количества кардиоциклов при фоновой записи кардиограммы.

Достоверное увеличение значений средней длительности интервалов R-R (RRNN), квадратного корня из среднего значения квадратов разностей величин последовательных пар интервалов R-R нормальных кардиоциклов (RMSSD) и доли (%) последовательных интервалов R-R, различия между которыми превышают 50 мс (pNN50), подтверждают уменьшение количества сердечных сокращений и увеличение продолжительности максимальных и минимальных интервалов. Логично, что на величину частоты сердечных сокращений повлияло усиление парасимпатических влияний. Спектральный анализ ритма подтверждает представленные факты.

Так, выявляется достоверное увеличение значений максимально длительного существования низкочастотных колебаний ритмограммы (LFmax) и среднего значения спектральной мощности низкочастотных колебаний ритмограммы (LFav) у пациентов в процессе ТВМП, свидетельствующее о преобладании парасимпатических влияний на регуляцию сердечного ритма за счет реализации нервного пути активации [2, 3].

Подтверждением этого является достоверное увеличение в процессе ТВМП значения времени существования высокочастотных колебаний ритмограммы (HFt). Мы наблюдали также развитие явлений ваготонии на основе результатов математического анализа сердечного ритма по Р.М. Баевскому. Обнаружение достоверного увеличения значений моды (Мо) и медианы (Ме) у пациентов в процессе ТВМП является подтверждением этого факта. В то же время значение показателя адекватности процессов регуляции (ПАПР) становится достоверно ниже. Не имеют достоверных отличий и величины вторичных показателей (индекс вегетативного равновесия и индекс напряжения регуляторных систем) в процессе ТВМП.

Результаты оценки параметров вегетативной регуляции получавших курс лечения, включавший ТВМП и данные, полученные при фоновой записи не имеют значительных отличий. Исключение составляет лишь достоверное увеличение значения стандартного отклонения величин интервалов R-R, что объясняется активацией регуляции баланса симпатической и парасимпатической нервной системы.

Замечено, что при вертикализации в этой когорте пациентов достоверно увеличилось значение величины интервала R-R на пятнадцатом кардиоцикле (R-R 15), что свидетельствует о более скорой нормализации частоты сердечных сокращений при выполнении ортостатической нагрузки при сравнении с пациентами контрольной группы.

По данным КИГ достоверных изменений параметров вегетативной регуляции у пациентов контрольной группы выявлено не было.

Заключение.

Установлено, что, помимо ранее известных эффектов, трансвертебральная микрополяризация спинного мозга, активирует парасимпатическое влияние на сердечный ритм, приводя к развитию ваготонии. Выявленный эффект осуществляется за счет реализации нервного пути активизации вегетативной нервной системы. Описанные изменения наблюдались как при проведении фоновой записи кардиограммы, так и при выполнении ортостатической нагрузки. Показано, что включение в терапевтический курс трансвертебральной микрополяризации спинного мозга способствует более раннему урежению частоты сердечных сокращений при вертикализации. Стандартное санаторно-курортное лечение не оказывает влияния на процессы вегетативной регуляции у детей и подростков с нарушением осанки и сколиозом.

Список литературы:

1. Бобошко И.Е., Салова М.Н., Жданова Л.А. Анализ состояния вегетативной регуляции у детей с разными типами психосоматической конституции/ И.Е. Бобошко, М.Н. Салова, Л.А. Жданова// Вестник новых медицинских технологий. - 2010. - Т. XVII. - № 3. - С. 42-44.

2. Кравцова Е.Ю., Обухов А.С. Состояние адаптационно-компенсационных систем у детей с органическими поражениями головного мозга в процессе учебного года по данным вариационной кардиоинтервалографии/ Е.Ю. Кравцова, А.С. Обухов// Медицинский альманах. - 2012. - № 5 (24). - С. 119-121.

3. Показатели исходного вегетативного тонуса у девушек, страдающих сколиотической болезнью/ А.Ю. Ермошкина, В.В. Фефелова, В.Т. Манчук, Т. В. Казакова, С. Ю. Скобелева, Л. М. Кротова// Сибирский медицинский журнал. - 2008. - № 8. - С. 41-43.

4. Дудин М.Г., Пинчук Д.Ю. Идиопатический сколиоз: нейрофизиология, нейрохимия/ М.Г. Дудин, Д.Ю. Пинчук. – Санкт-Петербург. Человек, 2013. - 304 с.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС МАТЕРИ ПРИ РОЖДЕНИИ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА

Нефедьева Д. Л., *кандидат медицинских наук, ассистент кафедры реабилитологии и спортивной медицины «Казанской государственной медицинской академии» - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, заведующая отделением восстановительного лечения и развития ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» Министерства здравоохранения Республики Татарстан, врач-невролог,г.Казань*

Аухадеев Э. И., *доктор медицинских наук, профессор кафедры реабилитологии и спортивной медицины «Казанской государственной медицинской академии» - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Казань*

Актуальность. В свете значимости эмоционального состояния матери для благополучного нервно-психического развития ребенка, одной из актуальных проблем является изучение особенностей ее эмоциональных

переживаний в ситуациях неблагоприятно протекающего постнатального периода, в частности, в ситуации преждевременного родоразрешения. В последние годы значительно возросло количество детей, родившихся недоношенными. Это связано с изменениями критериев живорожденности (приказ МЗ РФ №1687н от 22.07.2011 г.), внедрением методов пролонгирования патологически протекающей беременности и развитием высоких технологий, использующихся при выхаживании новорожденного ребенка.

Цель исследования.

Изучить особенности эмоционального состояния матери недоношенного ребенка (локус контроля, эмоциональный баланс).

Материалы и методы исследования.

В исследование было включено 26 матерей, имеющих недоношенных детей до 3 месяцев, с массой тела менее 2000 грамм, рожденных со сроком гестации менее 30 недель. Были использованы следующие психологические методики: шкала тревоги Спилбергера (C.Spielberger et al., 1970) предназначенная для самооценки тревоги. Важным преимуществом данной шкалы является возможность различать два типа тревоги – тревожность как черту личности (конституциональная, личностная тревожность) и тревогу как преходящее клиническое состояние (реактивная тревожность). Уровень мотивации определялся по шкале восстановления локуса контроля (C.Patridge, M.Johnstone, 1989; D.Wade, 1992).

У ребенка оценивался ряд функций с помощью известных шкал или с использованием международных классификаций для наиболее часто встречающихся у недоношенных детей нозологий. Полученные данные в дальнейшем становились основой определения количественных значений РП с позиций МКФ. Нейромышечные и связанные с движением функции (мышечная сила) оценивались посредством использования шкалы Комитета медицинских исследований и шкалы Ашворт [2]. Функция сохранения веса определялась при помощи центильных таблиц [4]. Оценка состояния сенсорных систем (зрительного и слухового анализатора) основывалась на применении Международной классификации активной ретинопатии недоношенных и классификации степени тугоухости [3, 5]. Для того, что бы оценить функции дыхательной системы была использована классификация бронхолегочной дисплазии (БЛД) [8]. Для количественной оценки структурных нарушений применялись классификации гипоксически-ишемических и гипоксически-геморрагических поражений головного мозга. Так же учитывались другие виды нарушений мозгового кровообращения у детей, согласно классификации перинатальных инсультов [6]. На основе полученных данных у ребенка определялся реабилитационный потенциал при переводе на 3 этап реабилитации [7].

Статистический анализ полученных результатов проводился при помощи программного обеспечения Excel и программы STRINF.

Определялась нормальность распределения, рассчитывались средние величины. За критический уровень значимости принималось $p < 0,05$. Был проведен корреляционный анализ. Рассчитывался коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты исследования.

Средний гестационный возраст детей составил 29,3±2,5 недели, вес при рождении 1308,8±515,1 г. Большая часть матерей имела патологию беременности (76,9%) и родов (53,8%); часто отмечалась беременность, наступившая в результате искусственного оплодотворения (51,8%). У матерей преобладали высокие показатели уровня тревожности (48,3±6,5), особенно ситуативной – 53%. Негативный баланс между тревожностью как личностным свойством и тревогой, как его реализацией на уровне состояния, положительно коррелировал с такими параметрами, как патология беременности ($r=0,43$, $p<0,05$), структурными нарушениями центральной нервной системы ($r=0,51$, $p<0,05$), особенно наличием внутрижелудочкового кровоизлияния ($r=0,52$, $p<0,05$). Как показал проведенный корреляционный анализ, ситуативная тревожность усиливается у матерей, имеющих детей с низким реабилитационным потенциалом ($r=-0,46$,$p<0,05$).

По результатам исследования локуса контроля в группе женщин, родивших недоношенных детей, выявлен высокий уровень ответственности (29,7±3,7). Факт замужества снижал тенденцию к формированию гиперответственности, а распределение семейных ролей давало возможность матери более рационально выстроить ситуацию ухода за ребенком ($r=-0,46$, $p<0,05$).

Заключение.

У женщин, имеющих недоношенных детей, был выявлен негативный эмоциональный баланс, определяющийся, в первую очередь, объективными обстоятельствами – тяжестью соматического и неврологического статуса ребенка и перспективой его восстановления. Таким образом, очевидна необходимость коррекционной психологической работы с матерями, имеющими недоношенных детей и продолжение исследования для установления роли эмоциональных расстройств в развитии ребенка на первом году жизни.

Список литературы:

1. *Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Волынец Г.В. и др. Определение ограничений жизнедеятельности в категории «Способность к передвижению» («Мобильность») у детей разного возраста на основе международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: методические рекомендации. – М., 2013.*
2. *Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. – М., 2004.*
3. *Избранные лекции по детской офтальмологии / под ред. В.В. Нероева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.*
4. *Кохен М.Э., Даффнер П.К. Детская неврология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.*

5. *Королева И.В. Кохлеарная имплантация глухих детей и взрослых (электродное протезирование слуха). – СПб.: КАРО, 2008.*
6. *Львова О.А., Кузнецов Н.Н., Гусев В.В. и др. Эпидемиология и этиология инсультов у детей грудного возраста // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. – №2.– С. 50-55.*
7. *Нефедьева Д.Л., Бодрова Р.А. Определение реабилитационного потенциала у недоношенных детей на основе международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) / Д. Л. Нефедьева, Р. А. Бодрова // Вестник восстановительной медицины. – 2015. - №6(70).*
8. *Овсянников Д.Ю. Система оказания медицинской помощи детям, страдающим бронхолегочной дисплазией. Руководство для практикующих врачей. – М.: МДВ, 2010.*

КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ МИОФАСЦИАЛЬНЫХ РЕСТРИКЦИЙ ПРИ ДОРСОПАТИИ

Фатыхов И. Р., *ассистент кафедры медицинской реабилитологии и спортивной медицины, кандидат медицинских наук ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г.Ижевск*

Актуальность. В настоящее время наблюдается снижение двигательной активности человека, что приводит, в свою очередь, к слабости мышечного аппарата. Особенно заметны нарушения у людей, оказавшихся в условия вынужденной гиподинамии. В условиях увеличения физической нагрузки, происходит микротравматизация мышечно-связочного аппарата и возникновение спаек, что в результате уменьшает подвижность суставов. Изучением вопросов увеличения подвижности занимается кинезиология. К современным кинезиологическим (кинезитерапия) средствам реабилитации относится силовая кинезитерапия, кинезиологическое тейпирование, кинезиологический массаж. Силовая кинезитерапия, как метод лечебной физкультуры, повышает физическую активность и корригирует изменения опорно-двигательного аппарата, используя специальные тренажеры - парные блоки [1, 2]. Кинезиотейпирование это средство медицинской реабилитации с помощью наклеивания специальной эластичной клейкой ленты - тейпа (кинезиотейп), по принципу приподнимания (конволюции) кожи происходит улучшение дренажа, таким образом, уменьшается давление на мышцу, улучшается микроциркуляция [5]. Кинезиологический массаж это симбиоз мануальных приемов с активными упражнениями, принцип тот же - увеличение подвижности кожи и мышц, ликвидация миофасциальных рестрикций (ограничения движения вследствие склеивания фасции и мышцы), путем проведения специальных приемов, создания складок (конволюций) и сдвигания [6].

Кинезиологические методы направлены на развитие мышечной системы. Рассматривается нарушение двигательной функции и ограничение подвижности суставов, как следствие ограничения

растяжения мышц и повреждения ее фасции и образования спайки. Миофасциальные рестрикции (склеивания) по последним литературным данным, возможно, являются причиной ограничения растяжения мышц. В последние годы наблюдается рост нарушения осанки и количества людей с мышечно-тоническим синдромом, в результате развивается остеохондроз позвоночника, в том числе и среди студентов, ведущих малоподвижный образ жизни [2, 4].

Цель исследования.

Определить эффективность кинезитерапии, кинезиотейпирования и кинезиомассажа при миофасциальных рестрикциях на подвижность позвоночника при дорсопатии.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

Оценить влияние силовой кинезитерапии, кинезиологического тейпирования и кинезиомассажа на состояние опорно-двигательного аппарата у студентов.

Сравнить подвижность позвоночника по выше предложенным методикам.

Материал и методы исследования.

Обследовано 60 студентов: 3, 5 и 6-го курсов ИГМА, разделенные на 5 групп.

Первая контрольная группа -12 человек, вторая группа студенты прошедшие курс силовой кинезитерапии (12 человек), которая включала специальные силовые стато-динамические нагрузки на тренажере кроссовер, 3-я группа (12 человек), применялось кинезиологическое тейпирование поясничных мышц и корсетного тейпирования для приведения симметрии лопаток, 4-я группа (12 человек), прошла курс кинезиомассажа. Пятая группа студентов (12 человек) прошла комплексную реабилитацию.

Исследования проводились на базе реабилитационного центра г.Ижевска, в течение месяца, 3 раза в неделю (12 занятий) выполняли общеразвивающие и специальные упражнения. Занятия проходили в тренажерном зале и кинезитерапии: на силовых тренажерах, специальных тренажерах (кроссовер).

В кинезиотейпировании использовались кинезиотейпы фирмы BB-тейп. Методика кинезиотейпирования проводилась с учетом изменений опорно-двигательного аппарата (сколиоза), тейп наклеивался на 5 дней, с перерывом 2 дня, курс №5. Курс кинезиомассажа 10 дней, приемы и упражнения проводись в соответствии с изменениями опорно-двигательного аппарата. 5-я группа студентов (12 человек), проходила комплексное лечение, 10 дней силовой кинезитерапии, 5 дней кинезиомассаж, в конце курса кинезиотейпирование. Эффективность методик оценивалась по росту, симметрии ромба Мошкова, индексу Фатыхова KF (№346, 2010) [3], отклонению от вертикальной оси

позвоночника (см), по выносливости мышц спины и живота. Подвижность позвоночника оценивалась наклоном вперед (тест Адамса).

Результаты исследования.

Во всех 4-х группах (экспериментальных) наблюдалось увеличение длины тела у студентов, можем отметить, но результаты в 1-й и 5-й экспериментальной группе достоверность выше (1,4±0,2 см (P<0,05)). При измерении ромба Мошкова и подсчете средних чисел измерений расположения лопаток (индекс Фатыхова) [3] наблюдаем положительный эффект во 2-й и 3-й группах, но в 3-й группе результат 2±0,2 (P<0,05). Во всех группах увеличилась силовая выносливость мышц спины, но достоверными являются показатели во 2-й и 5-й экспериментальных группах (3,5±0,2мин (P<0,05)). Сила мышц брюшного пресса достоверно увеличилась в корригирующей силовой кинезитерапии группе и группе с комплексной реабилитацией: 2±0,2 минуты и 3,4±0,4 минуты (P<0,05). Отмечается достоверное постепенное уменьшение отклонения от вертикальной оси позвоночника во всех экспериментальных группах, с 4±2 мм до 3±1мм в 1-й и второй группе и до 2±1мм в четвертой группе.

В группе студентов при кинезиотейпировании на 5-6 день увеличилась амплитуда подвижности туловища. Наклон вперед по сравнению с контрольной группой увеличился (в норме наклон осуществляется до доставания пальцами рук пола), ограничение до 10±2 см от пола, у контрольной группы - 18±4 см. В группе 2-й и 3-й, подвижность составляла 8±0,5 см (P<0,05).

При проведения курса кинезиомассажа (группа 4) по сравнению с 1 и 2 группой, наблюдалось увеличение подвижности, ограничение составило 2±0,4 см (P<0,01) до пола.

В итоге по результатам исследования, у студентов, прошедших курс силовой кинезитерапии, больше заметен положительный эффект в коррекции сколиоза.

Мы заметили, что в группе, где использовалась кинезиотейпирование, подвижность позвоночника выше при включении занятий на тренажере на 3-4 день. При изолированном воздействии на мышцы - кинезиомассаж, коррекция подвижности позвоночника достоверно происходила на 4-5 день.

Эффект с увеличением подвижности позвоночника, возможно, связан с освободившимися от напряжений мышцами, восстановлением свободного микродвижения, непосредственно в соединительной ткани, что открывает возможности свободному движению крови, лимфе, синовиальной жидкости, межклеточной жидкости и т.д. Восстанавливается обмен веществ, микроциркуляция, к мышцам возвращается физиологическая эластичность, выстраивается симметричность, и гармонизируется вся соединительнотканная система в целом.

Заключение.

Корригирующие кинезиологические методы реабилитации в виде силовой кинезитерапии, кинезиотейпирования и кинезиомассажа

эффективны при лечении ограниченной подвижности позвоночника, а значит, достаточно эффективны при остеохондрозе и сколиозе. Кинезиологические методы реабилитации могут выступать как методы профилактики и лечения дорсопатий при миофасциальных рестрикциях и повышают уровень адаптации организма к физическим нагрузкам.

Список литературы:

1. *Меерсон Ф.З., Пшенникова М.Г. Адаптация к стрессовым ситуациям и физическим нагрузкам.- М.: Медицина, 1988. – 256 с.*
2. *Фатыхов И.Р. Методы клинического определения нарушение осанки во фронтальной плоскости с учетом контроля динамики изменений и влияния на уровень адаптации. Свидетельство о регистрации интеллектуальной собственности, Удм. Рес., 25.09.2010, №346.*
3. *Фатыхов И.Р. Особенности медицинской реабилитации при дорсопатии./Учебно-методическое пособие./И.Р.Фатыхов,–Ижевск, 2015.49с.*
4. *Фатыхов И.Р. Кинезиологическое тейпирование. /Учебно-методическое пособие./ И.Р.Фатыхов, – Ижевск, 2016. 110 с.*
5. *Фатыхов И.Р. Основы кинезиотейпирования в реабилитации. /Учебно-методическое пособие./ И.Р.Фатыхов, – Ижевск, 2017. 172 с.*
6. *Фатыхов И.Р. Оздоровительные массажные технологии /Учебно-методическое пособие /под ред. И.Р.Фатыхова. – Ижевск, 2018. – 17с*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СПЕЦИАЛЬНЫХ СИЛОВЫХ УПРАЖНЕНИЙ НА ТРЕНАЖЕРАХ У ДЕТЕЙ СО СКОЛИОЗОМ

Фатыхов И. Р., *ассистент кафедры медицинской реабилитологии и спортивной медицины, кандидат медицинских наук ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г.Ижевск*

Брындин В. В., *кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой медицинской реабилитологии и спортивной медицины, проректор по учебной работе ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, проректор по учебной работе, г.Ижевск*

Авдеев В. И., *доцент кафедры медицинской реабилитологии и спортивной медицины ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России , г.Ижевск*

Актуальность. Занятия силовыми упражнениями (высокоинтенсивные занятия на тренажёрах, с отягощениями: гантелями и штангой), как правило, используются, по мере завершения формирования скелета (16-18 лет), в целях лучшего развития силы и выносливости мышц и сглаживания имеющихся косметических дефектов. Возникают сколиозы у детей и в более раннем возрасте, при отсутствии коррекции прогрессирует деформация, и позвоночник приобретает форму, при котором консервативное лечение не эффективно. Возникает необходимость введение специальных корригирующих упражнений в более раннем возрасте, учитывая рост ребенка, необходимо вводить

контроль при выполнениями упражнений и проводить специальные упражнения на растяжения мышц спины [1].

Цель исследования.

Изучение влияния специальных силовых упражнений на эффективность коррекции сколиоза используя тренажеры наблюдались дети в течения 2016 учебного года. Были сформированы две группы: одна опытная - ОГ (15 чел.), другая контрольная - КГ (15 чел.).

Предусматривалось проведение занятий физической реабилитации: лечебной гимнастики - КГ, в ОГ – ЛФК с силовой нагрузкой, применяемой в детской поликлинике №1 г. Ижевска.

Методика исследований.

Под наблюдением находились 30 человек, в возрасте от 16 до 18 лет, со сколиозом, со средним уровнем физической подготовленности.

В процессе коррекции исследовалось: общее состояние пациента, силовая выносливость мышц спины, силовая выносливость мышц живота (пресса), проведены замеры ромба Машкова (коэффициент Фатыхова- KF) [2]. и рост - стоя/сидя, мануальное исследование вертикальной оси позвоночника, рентгенография.

При разработке программы реабилитации детей ставились следующие задачи:

нормализовать функциональные показатели организма (силовую выносливость мышц спины и пресса, двигательную активность);

восстановить двигательный стереотип; устранить спазмы мышц позвоночника;

улучшить гемодинамику позвоночных структур; нормализовать осанку;

уменьшить угол отклонения оси позвоночника.

Основными принципами реабилитации при нарушениях осанки на различных этапах реабилитации являлись следующие: строгая индивидуализация занятий в зависимости от этапа реабилитации, стадии заболевания, уровня локализации процесса, вовлечения тех или иных конкретных анатомо-функциональных образований; адекватность нагрузки возможностям пациента, оцениваемым по общему состоянию, состоянию сердечно-сосудистой и дыхательной систем и определению работоспособности; последовательная активизация воздействий на определенные функции и весь организм путем наращивания объема и сложности нагрузок для достижения тренирующего эффекта; соблюдение в обучении больного физическим упражнениям: принципов сознательности и активности, наглядности, доступности, систематичности, последовательности (от простого к сложному, от легкого к трудному, от известного к неизвестному); постоянный медицинский контроль за реакцией пациента на физические нагрузки.

Для решения поставленных задач была разработана следующая методика реабилитации больных: силовые упражнения на тренажерах специального типа, позволяющие осуществлять дифференцированно

направленное воздействие на определенные группы мышц и индивидуально дозировать нагрузки по амплитуде, отягощению и структуре движения. Упражнения были направлены на развитие силовой выносливости мышц, повышение подвижности позвоночника, коррекцию нарушений осанки, купирование спазмов мышц позвоночника и болей в спине. Указанные нами выше упражнения и процедуры были поделены на три блока, входящие в структуру каждого занятия: блок суставной гимнастики (10 мин); блок кардио-респираторной нагрузки (20 мин); блок силовых упражнений на тренажерах (30 мин). В пределах каждого блока программа строилась с учетом индивидуальных особенностей: интенсивности боли в спине; лимитирующих факторов (повышение АД, появление болей в области сердца, нарушений ритма, головокружения, головной боли, сильной одышки, значительной потливости, болей в ногах, в области живота, в паху; при появлении указанных симптомов нагрузка прекращалась, больной консультировался у специалистов на предмет возможности продолжения занятий и доступного уровня толерантности нагрузки); сопутствующих заболеваний; уровня физической подготовленности; способности к обучению новым упражнениям; психологической настроенности на выполнение упражнений, требующих значительных физических и волевых усилий.

Лечебно-реабилитационный курс состоял из трех циклов, каждый цикл - из двенадцати занятий. Первый цикл был адаптационным, второй - восстановительно - тренировочным и третий - тренировочным.

Результаты исследований.

Все пациенты ОГ характеризовали динамику своего общего состояния как положительную. У них исчезли боли, повысилась мышечная сила, нормализовались состояние паравертебральных мышц и объем движений в суставах, улучшилась двигательная активность, нормализовался психологический фон. Силовая выносливость мышц спины увеличилась в 4 - 5 раз, силовая выносливость мышц живота (пресса) увеличилась 4,5 - 5,5 раз, замеры ромба Машкова у 10 человек нормализовался, у 5 человек KF стремился к нулю. Рост – сидя – увеличивался у всех, при мануальном исследовании ось позвоночника приближалась к вертикальному у 11 детей. При контрольных снимках уменьшался угол отклонения на 10-18%.

У пациентов КГ сохранялись умеренные боли, повышенная утомляемость, двигательная активность оставалась сниженной. Силовая выносливость мышц спины увеличилась в 3 - 4 раз, силовая выносливость мышц живота (пресса) увеличилась 3,7 - 4,6 раз, замеры ромба Машкова у 6 человек нормализовался, у 2-х детей KF стремился к нулю. Рост – сидя – увеличивался у всех, при мануальном исследовании ось позвоночника приближалась к вертикальному у 8 детей. При контрольных снимках уменьшался угол отклонения на 8-10%.

Нормального уровня гибкости до начала реабилитации не было ни у одного больного. Она нормализовалась у 14 больных КГ после курса

лечения и у 15 ОГ. При повторных исследованиях после перерыва лечения: регресс у детей ОГ наблюдался у 10%, а у КГ 50%.

При введении специальных физических упражнениях на тренажерах, дети отмечали увеличение выносливость мышц туловища, что давало значительный стимул для улучшения их психоэмоционального состояния, что, в свою очередь, благоприятно сказывалось на тонусе глубокой мускулатуры позвоночника, препятствуя ее спазмам.

Заключение.

Полученный результат комплекса лечебной гимнастики со специальными силовыми упражнениями на тренажерах у детей при сколиозе, показал эффективность лечения и стойкий терапевтический эффект, легко воспроизводимого в амбулаторных условиях.

Список литературы:

1. *Медицинская реабилитация: Руководство для врачей. /под ред. В.А.Епифанова. – 2-е изд., испр. и доп. – М: МЕДпресс-информ, 2008. С.230.*
2. *Фатыхов И.Р. Методы клинического определения нарушение осанки во фронтальной плоскости с учетом контроля динамики изменений и влияния на уровень адаптации. Свидетельство о регистрации интеллектуальной собственности, Удм. Рес., 25.09.2010, №346.*

ПОКАЗАТЕЛИ ТРЕНИРОВАННОСТИ У СТУДЕНТОВ, ОТНЕСЕННЫХ К СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЕ ПРИ ЗАНЯТИЯХ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБОЙ

Федосеева А. В., Тимофеева Е. М., *студентки лечебного факультета, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г.Ижевск*

Авдеев В. И., *доцент кафедры медицинской реабилитологии и спортивной медицины ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России , г.Ижевск*

Фадеев А. В., *кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой физвоспитания, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г.Ижевск*

Фатыхов И. Р., *ассистент кафедры медицинской реабилитологии и спортивной медицины, кандидат медицинских наук ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г.Ижевск*

Брындин В. В., *кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой медицинской реабилитологии и спортивной медицины, проректор по учебной работе ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, проректор по учебной работе, г.Ижевск*

Актуальность. Среди специалистов по физическое культуре, реабилитологов, спортивных медиков в последние годы наблюдается возрастающий интерес к ходьбе с палками (скандинавской или финской ходьбе). Популярность этого метода оздоровления обусловлена доступностью, дешевизной, расширением возрастных рамок и уменьшением ограничений по состоянию здоровья занимающихся.

Актуальность темы подтверждается данными экспертов ВОЗ, свидетельствующих о том, что около 60% населения планеты не соблюдает рекомендуемые уровни физической активности, необходимые для положительного воздействие на здоровье [1, с.4]. В этих условиях скандинавская ходьба могла бы быть и является удобным и адекватным методом борьбы с гиподинамией для широких масс населения. В современной научной литературе накапливается значительное количество данных по физиологическому действию этого вида физкультуры на здоровых людей и лиц с различными ограничениями по состоянию здоровья [1,3].

Цель исследования.

Оценить уровень и динамику физического здоровья у лиц, занимающихся скандинавской ходьбой на уроках физической культуры, проводимых у лиц, отнесенных к специальной медицинской группе в медицинском вузе.

Материалы и методы исследования.

Исследования проводились в двух группах учащихся Ижевской государственной медицинской академии по 10 человек в каждой (женщины в возрасте 20-21 год).

Одна из групп – контрольная, в которой занятия физкультурой проводились по соответствующей программе.

Вторая группа – экспериментальная. В этой группе акцент делался на изучении техники скандинавской ходьбы, которая в структуре занятия составляла основную его часть.

Обе группы студентов были отнесены по состоянию здоровья к специальной медицинской группе.

Поскольку программой физвоспитания студентов на втором курсе предусмотрено 2 занятия в неделю, студентам обеих групп предлагалось добавить третье занятие в неделю (в выходные дни) максимально приближенное по характеру и интенсивности к занятию, проводимому в вузе. Интенсивность нагрузки (по ЧСС) в основной части занятия составляла 130-140 ударов в мин в обеих группах. Для объективизации физиологических сдвигов, происходивших в результате занятий проводилась экспресс-оценка уровня физического здоровья по Г.Л. Апанасенко [3], включающая оценку роста, массы тела, индекса Кетля, жизненного показателя, силы кисти по отношению к весу тела, двойного произведения, времени восстановления ЧСС после 20 приседаний за 20 секунд, показателя качества реакции (отношение прироста пульсового давления к приросту пульса). Каждый показатель оценивался в баллах. По сумме баллов занимающийся относился к соответствующей группе здоровья.

Результаты исследования и их обсуждение.

Большинство из исследуемых антропометрических и функциональных показателей как в контрольной, так и в экспериментальной группах не претерпело существенных изменений.

Достоверные положительные сдвиги наблюдались в некоторых характеристиках функционального состояния сердечно-сосудистой системы, свидетельствующих о положительных адаптивных изменениях в ней. Так, время восстановления ЧСС после 20 приседаний за 30 секунд сократилось на 51±15,4 секунды (P<0,05) в контрольной группе и на 33±8,9 секунды (P<0,01) в экспериментальной. Это подтверждается достоверным увеличением показателя качества реакции на 0,34±0,13 условных единиц (P<0,05) в экспериментальной группе, в контрольной же группе такого прироста не отмечалось.

Результаты изучения биоэлектрических показателей буккальных эпителиоцитов методом микроэлектрофореза не дали достоверных отличий между контрольной и экспериментальной группой.

Субъективно студентки переносили занятия скандинавской ходьбой хорошо, выражали высокую приверженность к занятиям этим видом оздоровительной физкультуры. Исключение составила одна студентка с варикозным расширением вен нижней конечности. В этом случае ходьба была заменена лечебной гимнастикой

Заключение.

Занятия скандинавской ходьбой благоприятно сказываются на функциональном состоянии сердечно-сосудистой системы у лиц, отнесенных по состоянию здоровья к специальной медицинской группе.

По сравнению с контрольной группой, в экспериментальной группе положительные адаптивные сдвиги в сердечно-сосудистой системе выражались не только в сокращении времени восстановления ЧСС после стандартной нагрузки, но и в достоверном увеличении показателя качества реакции.

Занятия скандинавской ходьбой могут быть рекомендованы (с учетом противопоказаний) в качестве одной из форм проведения занятий физкультурой у лиц, отнесенных к специальной медицинской группе.

Список литературы:

1. *Финская ходьба с палками как вид физической активности для лиц старшей возрастной группы: метод. Рекомендации /министерство здравоохранения и социального развития российской федерации комитет по социальной политике правительства Санкт-Петербурга Российская академия наук геронтологическое общество Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии. Санкт-Петербург, 2012.- 42 с.*
2. *Экспресс-оценка уровня физического здоровья: метод. рекомендации/Киевский медицинский институт им. акад. А. Богомольца; сост.: Г.Л. Апанасенко [и др.].-Киев, 1988.-10 с.*
3. *Tschentscher M. Helth Benefits of Nordic Walking. A Systematic Review/Marcus Tschentacher, MS, David Niederseer, MD, PhD, BSc, Josef Niebauer, MD, PhD, MBA//Am J PrevMed.-2013.-Vol.44, №1.-p.76-84.*

ВЛИЯНИЕ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Шишкина А. А., *врач лечебной физкультуры неврологического отделения регионального сосудистого центра БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР», г.Ижевск*
Фатыхов И. Р., *ассистент кафедры медицинской реабилитологии и спортивной медицины, кандидат медицинских наук ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г.Ижевск*
Брындин В. В., *кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой медицинской реабилитологии и спортивной медицины, проректор по учебной работе ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, проректор по учебной работе, г.Ижевск*
Казымова Ш. А. К., Бурдукова Д. Д.*, студентки лечебного факультета ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Ижевск*
Пименова К. В., *студентка лечебного факультета Международной школы «Медицина будущего», ПМГМУ им. И.М.Сеченова, МЗ РФ, г.Москва*

Актуальность. Инсульт - острое нарушение кровоснабжения головного мозга (острое нарушение мозгового кровообращения, ОНМК), характеризующееся внезапным (в течение нескольких минут, часов) появлением очаговой и/или общемозговой неврологической симптоматики, которая сохраняется более 24 часов или приводит к смерти больного в более короткий промежуток времени вследствие цереброваскулярной патологии. Термин «инсульт» (от лат. Insultus - приступ) подчеркивает, что неврологические симптомы развиваются внезапно. В условиях прекращения притока кислорода нервные клетки гибнут в течение пяти минут. Таким образом, инсульт – это нарушение функции определенной области головного мозга сосудистого генеза [1].

Восстановлением при случившемся инсульте занимается реабилитация. Реабилитация – это комплекс мероприятий, направленных на восстановление (полное или частичное) нарушенных функций и социальную реадаптацию больных. У больных с последствиями инсульта выделяют три основных вида нарушений: повреждение, дефект: двигательные (парезы, атаксия), когнитивные, речевые, эмоционально-волевые, зрительные, чувствительные, тазовые и др.; нарушение способности: нарушение ходьбы, самообслуживания, более сложных бытовых навыков; нарушение социального функционирования: ограничение осуществления той социальной роли, которая была до болезни нормой для больного.

Основные задачи: восстановление системы пусковой афферентации, выравнивание асимметричного мышечного тонуса, предупреждение повышенного мышечного тонуса (чтобы не было гипертонуса и патологической позы), предупреждение патологического состояния (поза Вернике - Манна), разрушение устойчивых двигательных стереотипов,

профилактика контрактур, коррекция нарушения глотания, коррекция речевых расстройств, коррекция психо – эмоциональных расстройств, независимость образа жизни (бытовая и социальная адаптация к установившимся на данный момент стойким изменениям).

Мировой опыт показывает, что наиболее эффективной реабилитация является при её начале уже в палатах интенсивной терапии больных. К базисным принципам нейрореабилитации относятся: ранее начало, непрерывность, преемственность, мультидисциплинарный принцип организации. Реабилитационное окно составляет 28 дней [2].

Для лечения сосудистых заболеваний головного мозга, в том числе последствий инсультов, необходимо использовать современные способы и методики: иглорефлексотерапия; психотерапия и аутотренинг; выявление и лечение расстройств сна; физиолечение, включающее обезболивающие электропроцедуры, а также методы, улучшающие трофику суставов и окружающих их мягких тканей. Лечение проводится в сочетании с методами, направленными на восстановление движений, в том числе: лечение положением, дыхательная гимнастика, кардиотренировка, рефлекторные системы упражнений (методика Фельденкрайз, Войта), онтогенетически обусловленная кинезотерапия (ООКТ), механотерапия (ранняя вертикализация), массаж (сегментарный, точечный), лечебная гимнастика в тренажёрном зале, дозированная ходьба и др [3].

Цель исследования.

Изучить эффективность новых методик восстановления пациентов, перенесших инсульт и мульдисциплинарный подход.

Материалы и методы исследования.

Исследовано 34 пациента с острым нарушением мозгового кровообращения со средней степенью тяжести. Ранняя реабилитация проводилась в 1 РКБ г.Ижевска, в отделении восстановительного лечения, а также в реанимационном отделении республиканского сосудистого центра.

Перед реабилитацией проводились обсуждения междисциплинарной бригады по тактике ведения пациента. Контрольной группой послужили карты пациентов (обработано 30 карт) до формирования сосудистого центра.

Методики лечения положением и укладки, Фельденкрайз, ООКТ, ранняя пассивная вертикализация. Курс реабилитации от 21 до 24 дней в зависимости от характера инсульта. Начало реабилитации с 1-го дня (в том числе и в реанимационном отделении) включало дыхательную гимнастику, лечение положением и укладки. При переводе пациента в неврологическое отделение постепенно подключались методики пассивной вертикализации, Фельденкрайз, ООКТ-1,2 (затем 3,4), лечебная гимнастика в индивидуальном и групповом залах.

Основой ранней двигательной реабилитации является онтогенетически обоснованная кинезотерапия (ООКТ). Воспроизведение в методах кинезотерапии последовательности формирования движений

ребенка, а в обучении бытовым навыкам использование физиологических синергии позволяет больному заново пройти онтогенетический процесс становления моторики.

Результаты исследования.

При проведении реабилитационных методик, непосредственного ведения неврологов и консультации узких специалистов, кроме того использование рекомендуемых методик лечения консультантов, а также активное вовлечение и участие в лечении самого больного, получили следующее. У пациентов парезы в верхних конечностях сошли к минимуму у 80% пациентов, исчезли у 10%; парезы в нижних конечностях сошли к минимуму у 50% пациентов, исчезли у 5%; плегии в нижних конечностях перешли в парезы у 15% пациентов, в верхних конечностях у 3%, предотвращение позы Вернике-Мана более чем в 90% случаев. Предотвращение постинсультных трофических нарушений более, чем в 90%случаев. Восстановление речевой функции полностью более 80% случаев. При наших наблюдениях к концу занятий АД изменяется на 5-10 мм рт. ст. в течение занятия, по сравнению с исходным, пульс – на 10-20 мм рт. ст., при обычных методиках реабилитации АД изменяется до 50 мм рт. ст. к концу занятия, по сравнению с исходным, пульс - до 20-30 мм рт. ст.. При нашей реабилитации пациент выполняет простейшие бытовые навыки, может обслуживать себя сам и более вынослив к физическим нагрузкам, что дает различие с ранее применяемой методикой (быстрая истощаемость и долгое обучение навыкам самообслуживания), особенно заметен эффект при желании пациента получить положительную динамику. В результате нового подхода в реабилитации в нашем случае риск возникновения пролежней и нарушения перистальтики кишечника снижается, что, несомненно, увеличивает эффективность других методик.

Таким образом, на основании наших исследований можем сказать, что современный подход в неврологии и раннее начало реабилитации ОНМК, существенно увеличивают благоприятный исход заболевания.

Заключение.

При ранней реабилитации и мультидисциплинарном подходе повышается эффективность лечения, и уменьшаются осложнения, а при хорошем восстановлении функций - пациент возвращается к трудовой деятельности.

Список литературы:

1. *Информационно – методическое письмо: Комплексная реабилитация больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения. /Под ред . С.П.Маркина. – Ижевск, 2009. С.64.*
2. *Медицинская реабилитация: Руководство для врачей. /под ред. В.А.Епифанова. – 2-е изд., испр. и доп. – М: МЕДпресс-информ, 2008. С.230.*
3. *Фатыхов И.Р. Реабилитация за рубежом с ограниченными возможностями. Материалы научно-практической Республиканской конференции «Новые реабилитационные технологии в социальной адаптации и интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья». - Ижевск, 2009, с.52-53.*

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
международной
научно-практической конференции
«Стратегия развития комплексной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья»

Технический редактор О.В. Солодянкина
Компьютерная верстка О.В. Солодянкина

Авторская редакция

Отпечатано с оригинал – макета заказчика

Подписано в печать 2.11.2018
Усл.печ. 8МБ Тираж 300 экз.
Заказ № 147753
Типография ООО «АСТЕР +», 2018