

СТАТЬИ

УДК 616-053.2

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ**Давыдова Н.О., Артемова Н.Э., Азарова Е.В., Мещерякова А.И.***ФГБОУ ВО Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург,**e-mail: kwan111@yandex.ru*

В статье представлены особенности организации реабилитации детей в Оренбургской области на базах медицинских организаций, имеющих лицензию на данный вид деятельности. Приведены данные анализа реабилитации детей в ГАУЗ ДГКБ г. Оренбурга. Описаны принципы организации реабилитации инвалидов в условиях реформы данного вида медицинской деятельности. Определены пути повышения результативности и эффективности процесса реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации детей. Обоснована необходимость подготовки кадров для мультидисциплинарной команды: врачей, средних медицинских работников, специалистов физической терапии и эрготерапевтов, медицинских логопедов и психологов. Проведен анализ нормативной базы. Методологию работы составило изучение различных видов общественных отношений: организационно-правовых, организационно-методических, комплексных, системных, статистических. В качестве методов исследований использовали: аналитический, сравнительный, научно-организационный, формально-юридический анализ. Ключевой проблемой остается подготовка кадров для мультидисциплинарной команды как врачебных специальностей, так и среднего медсестринского персонала, а также специалистов по физической терапии и эрготерапевтов, медицинских логопедов и психологов, дефектологов, нутрициологов. Кроме этого, в Оренбургской области медицинская реабилитация (МР) не проводится детям в рамках телемедицины, хотя такой способ проведения реабилитации особенно важен и оптимален в условиях пандемии. Наша работа направлена на более глубокое изучение данной проблемы.

Ключевые слова: система реабилитации и абилитации детей, инвалидов, межведомственное взаимодействие, реабилитационная организация

FEATURES OF THE REHABILITATION PROCESS OF CHILDREN IN THE REGION**Davydova N.O., Artemova N.E., Azarova E.V., Meshcheryakova A.I.***Orenburg state medical University, Orenburg, e-mail: kwan111@yandex.ru*

In the article are presents the features of the organization of rehabilitation of children in the medical organizations of Orenburg region, which had licensed for this type of activity. The data of the analysis of rehabilitation of children in the Orenburg's Children's City Clinical Hospital are presented. The principles of the organization of rehabilitation of disabled children of the reforms conditions of this type of medical activity are described. The ways of increasing the effectiveness and efficiency of the process of implementing individual rehabilitation and habilitation programs for children were identified. The necessity of personnel training for a multidisciplinary team has been substantiated: doctors, nurses, physical therapy specialists and occupational therapists, medical speech therapists and psychologists. The analysis of the regulatory framework has been carried out. The methodology of the work was the study of various types of public relations: organizational and legal, organizational and methodological, complex, systemic, statistical. The following research methods were used: analytical, comparative, scientific-organizational, formal-legal analysis. The key problem remains the training of personnel for a multidisciplinary team, both medical specialties and nursing staff, as well as specialists in physical therapy and occupational therapists, medical speech therapists and psychologists, nutritionists. In addition, in the Orenburg region, medical rehabilitation (MR) did not carried out for children within the framework of telemedicine, which is especially important and optimal in a pandemic. Our work has been aimed at further studying this issue.

Keywords: system of rehabilitation and habilitation of children, disabled people, interdepartmental interaction, rehabilitation organization

В настоящее время реабилитацию и абилитацию детей, в том числе детей-инвалидов, осуществляют в реабилитационных медицинских организациях различного уровня [1, 2]. В Конвенции о правах инвалидов, ратифицированной Российской Федерацией, указано, что реабилитация инвалидов – это достижение и сохранность максимальной независимости. Это касается физических, умственных, социальных и профессиональных способностей с полным включением людей во все аспекты жизни [3, 4].

Данная научная статья опирается на ст. 7 Конвенции Организации Объединенных

Наций «Дети-инвалиды», где указано, что государственные органы должны обеспечивать детей-инвалидов всеми правами человека и предоставлять им свободу действия наравне с другими детьми [5, 6].

Реабилитация и абилитация детей-инвалидов – процесс межведомственный. И не всегда подходы разных ведомств к ребенку-инвалиду совпадают с медицинскими, что создает определенные трудности ребенку и его семье.

Цель данной работы заключается в анализе всего процесса реабилитации и абилитации детей, в том числе детей-инвалидов, в Оренбургской области.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ нормативной базы. Методологию работы составило изучение различных видов общественных отношений: организационно-правовых, организационно-методических, комплексных, системных, статистических. Использованы данные медицинских информационных систем («Антибиотик+» и РМИС, сегмент ЕГИСЗ) о работе реабилитационной службы ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга за 2019–2021 гг.

В качестве методов исследований использовали: аналитический, сравнительный, научно-организационный, формально-юридический анализ [7–11].

Результаты исследования и их обсуждение

Сформированная в Оренбургской области система оказания помощи детям по медицинской реабилитации (МР) и абилитации детей, в том числе инвалидов, имеет свои особенности. Это отсутствие I этапа реабилитации детей; II этап реабилитации осуществляют в первой группе МО (реабилитационные отделения медицинских организаций, оказывающих специализированную помощь детям), представленных ГБУЗ ГБСП г. Бузулука, отделениями реабилитации санаторно-курортных организаций АО «Санаторий “Дубовая роща”» и ГУП «Санаторий “Южный Урал”»; второй группы нет; третья группа (реабилитационные отделения медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, помощь детям) представлена ГАУЗ ДГКБ г. Оренбурга, отделением реабилитации для детей до 1 года в условиях круглосуточного стационара.

Нормативной базой данного вида медицинской деятельности в Оренбургской области являются: Федеральный закон № 323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в котором впервые было введено понятие медицинской реабилитации; Порядок организации медицинской реабилитации детей (приказ Министерства здравоохранения РФ от 23.10.2019 г. № 878н); приказ Министерства труда РФ от 03.09.2018 № 572н «Об утверждении профессионального стандарта “Специалист по медицинской реабилитации”». Региональные документы, регламентирующие данную деятельность: распоряжение «Об организации медицинской реабилитации несовершеннолетних на территории Оренбургской области» № 798 от 18.04.2017 г.; распоряжение «Об организа-

ции медицинской реабилитации новорожденным и детям раннего возраста Оренбургской области» № 2114 от 02.10.2017 г.

Ключевая мощность реабилитационной службы в субъекте, в том числе по профилям заболеваний (стационарные койки / койки в дневном стационаре), всего: 218 коек (из них 159 – стационар, 69 – дневной стационар); неврология – 109; травматология и ортопедия – 24; соматические – 95.

Медицинская помощь по медицинской реабилитации детей реализуется на базах МО Оренбургской области: ГБУЗ «Областной Соль-Илецкий центр медицинской реабилитации»; ГБУЗ «Городская больница» г. Бузулука, отделение восстановительного лечения, Оренбургская область, г. Бузулук; ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга, отделение реабилитации, г. Оренбург; ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга, отделение реабилитации детей до 1 года, г. Оренбург; ГУП «Санаторий “Южный Урал”», г. Орск; АО «Санаторий “Дубовая роща”», Оренбургский р-н, п. Нежинка; кабинет катамнеза в ОПЦ. ГБУЗ ОКБ № 2, г. Оренбург. На базе ГАУ «Детский образовательно-оздоровительный центр “Солнечная страна”», находящегося в ведомстве министерства образования области, проводится комплексная реабилитация детей с синдромом Дауна, ДЦП, патологией опорно-двигательного аппарата и соматическими заболеваниями. В реабилитационных центрах, подведомственных министерству социального развития области, также проводятся реабилитация и социализация детей-инвалидов и их семей.

Маршрутизация детей проводится в соответствии со шкалой маршрутизации (ШРМ): в дневном (2 балла по ШРМ) или в круглосуточном стационаре (3–6 баллов), где 2 балла ШРМ соответствуют легким ограничениям жизнедеятельности, а 6 баллов ШРМ – тяжелым, и МР осуществляется в условиях реанимации. Кроме этого, данная шкала дифференцирует стоимость страховой оплаты случая (увеличение в 8 раз для больного с 6 баллами по ШРМ с заболеваниями ЦНС). ШРМ используется для клинико-статистических групп: МР пациентов с заболеваниями ЦНС; МР пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и ПНС; медицинской кардиореабилитации и при других соматических заболеваниях (ПИТ-синдром, пост реанимационный).

Новый порядок организации медицинской реабилитации детей (приказ Министерства здравоохранения РФ от 23.10.2019 г.

№ 878н) предусматривает этапность проведения медицинской реабилитации в зависимости от уровня курации пациента и уровня медицинского учреждения.

1-й этап медицинской реабилитации детей – это острый период, с V уровнем курации ребенок направляется в ОРИТ или ПИТ; при IV уровне курации – в круглосуточный стационар профильных отделений.

2-й этап – окончание острого периода или хроническое течение основного заболевания вне обострения. С IV и III уровнем курации дети направляются в стационар реабилитационных центров или в отделения МО.

3-й этап – окончание острого периода или травмы, при хроническом течении заболевания вне обострения. При III, II,

I уровнях курации помощь оказывается в условиях дневного стационара и/или в амбулаторных условиях в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь [12, 13].

В качестве иллюстрации результата реформы медицинской деятельности в сфере реабилитации детей в регионе приводим опыт Государственного автономного учреждения здравоохранения «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга.

В ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга создана трехуровневая система медицинской реабилитации (МР) (рис. 1), которая позволяет осуществить комплексные реабилитационные мероприятия силами мультидисциплинарной команды (МДК) (рис. 2).



Рис. 1. Структура МР в ГАУЗ «ДГКБ»



Рис. 2. МДК ГАУЗ «ДГКБ»

За счет этого реализуется преемственность в лечении детей V–I групп курации в пределах одной медицинской организации и повышается реабилитационный потенциал детей, что улучшает результаты проводимых реабилитационных мероприятий.

Медицинской реабилитацией в детской городской клинической больнице г. Оренбурга непосредственно занимаются: отделение реанимации и интенсивной терапии круглосуточного стационара; отделение реабилитации в круглосуточном стационаре и отделение реабилитации (дневной стационар).

Согласно уровню курации по приказу № 878н от 23.10.2019 г. «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детей» в ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга лечатся пациенты: IV–V уровень (выраженные нарушения функции) – в стационаре на ул. Комсомольская, 200; II–III уровень (умеренные и средней степени нарушения) – в отделении реабилитации на ул. Кобозева, 12; I–II уровень (минимальные и умеренные нарушения) – в 11 поликлиниках г. Оренбурга. Наличие этой системы позволяет вести ребенка с V по I уровень курации, непрерывно переводя ребенка с одного этапа реабилитации на другой.

Таким способом реабилитируют детей с 1 года до 18 лет независимо от сроков заболевания при условии стабильности состояния пациента и наличия перспективы восстановления функции (реабилитационного потенциала). При этом риск развития осложнений не должен превышать перспективу восстановления функций. Кроме этого, не должно быть противопоказаний к проведению отдельных методов медицинской реабилитации.

В каждом реабилитационном отделении созданы мультидисциплинарные реабилитационные команды, в состав которых входят врачи-педиатры, врачи-неврологи, врачи реабилитационной медицины, а также

физиотерапевты, рефлексотерапевты, врачи ЛФК, психологи и логопеды. Заняты в процессе реабилитации методисты и инструкторы ЛФК, массажисты, медсестры кабинетов физиотерапии. Занятия по психологии и логопедии проводят соответствующие специалисты (табл. 1).

На каждом этапе состояние ребенка оценивают по доменам Международной классификации функционирования (МКФ, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)). По ним же ставят реабилитационный диагноз (список проблем пациента) и реабилитационный потенциал: низкий, высокий, средний. Данная оценка позволяет определиться с составом междисциплинарной команды, целью и задачами реабилитации.

Проанализирована структура заболеваемости детей, проходящих реабилитацию в ГАУЗ «ДГКБ» в 2019–2021 гг. Обратило на себя внимание увеличение числа пациентов, находящихся на реабилитации с бронхолегочными заболеваниями, в 2021 г.: с 7 до 20% (табл. 2), что, вероятно, связано с ростом вирусных пневмоний у детей, ассоциированных с COVID-19 в анализируемый период.

Ведущее место на всех этапах реабилитации занимают дети с патологией нервной системы (табл. 2), проходящие нейрореабилитацию 2–3 раза в год.

Методологическими принципами нейрореабилитации и абилитации детей, в первую очередь с перинатальной патологией, являются: раннее начало; персонифицированный (с учетом индивидуальных особенностей) подход с позиций целостного организма; комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов; тесное сотрудничество с семьей больного ребенка; этапность и преемственность: роддом – ОРИТН – отделение для недоношенных детей [14, 15].

Таблица 1

Специалисты МДРК ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга (данные 2019–2021 гг.)

Год	2019	2020	2021
Врачи ЛФК	2	2	2
Инструкторы ЛФК	6	5	5
Рефлексотерапевты	2	2	2
Психологи	5	5	5
Логопеды	6	5	5
Массажисты	15	17	17
Физиотерапевты	9	6	7
Средний медицинский персонал в физиотерапии	12	12	19

Таблица 2

Структура заболеваемости ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга (данные 2019–2021 гг.)

Заболевания	2019 г.		2020 г.		2021 г.	
	Человек	%	Человек	%	Человек	%
ЦНС	1115	78,7	1140	86,9	1078	74,2
Бронхолегочные	123	8,7	87	6,7	290	20
Костно-мышечные	178	12,6	89	6,8	84	5,8

Таблица 3

Исходы заболеваний ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга (данные 2019–2021 гг.)

Исходы	2019 г.		2020 г.		2021 г.	
	Человек	%	Человек	%	Человек	%
Ухудшение	17	1,2	9	0,7	4	0,3
Улучшение	1371	96,8	1283	97,5	1404	96,7
Выздоровление	28	2	24	1,8	44	3
ИТОГО:	1416		1316		1452	

Проблем в семье, где есть ребенок с особыми нуждами, много, они возникают регулярно на разных этапах. Этим родителям необходима своевременная социально-психологическая поддержка. Данные проблемы во многом решает реабилитация детей на дому выездными бригадами. Поэтому обслуживание на дому – очень важная и незаменимая форма работы с семьями, воспитывающими детей-инвалидов [16]. Реабилитация в МО только дополняет и корректирует постоянную «домашнюю работу». Использование кодов МКФ у детей позволяет точно установить объем и методы медицинской реабилитации, определиться в соответствии с выявленными нарушениями с реабилитационным потенциалом и прогнозом. Также это дает возможность сделать более эффективной межведомственную преемственность в реализации социальных услуг и психолого-педагогических мероприятий для детей-инвалидов, в определении форм социального обслуживания и видов медицинской и социальной помощи. Внедрение оптимальных диагностических шкал и тестов в соответствии с современными требованиями доказательной медицины также делает процесс реабилитации детей более точным и эффективным.

Анализ исхода заболеваний у детей, которые проходили реабилитацию в ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга в 2019–2021 гг., показал уменьшение количества детей, выписанных с ухудшением, с 1,2 до 0,3% и увеличение числа детей с выздоровлением с 2 до 3% (табл. 3).

Эффективная комплексная реабилитация позволяет достичь функциональной компенсации неврологических и нейросенсорных нарушений почти у всех детей со среднетяжелыми и легкими формами перинатальных поражений мозга и у 80% детей с тяжелыми нарушениями (по данным клиники НЦЗД РАМН, 2017). Анализ исхода заболеваний у детей в ДГКБ также подтвердил данную тенденцию у детей с поражением нервной системы (табл. 3).

Заключение

В результате реформы медицинской деятельности в сфере реабилитации детей повысились результативность и эффективность реализации индивидуального плана реабилитации и абилитации детей, в первую очередь ребенка-инвалида. В Оренбургской области внедрены индивидуальные программы ранней помощи, сопровождение инвалида, семьи ребенка-инвалида, а также помощь на дому.

Наряду с этим остаются нерешенными вопросы по организации первого этапа реабилитации детей в условиях реанимационного блока в связи с отсутствием оборудования для тяжелых пациентов, а также четкого алгоритма по своевременной маршрутизации пациентов на всех этапах. Сохраняются трудности межведомственного взаимодействия. Ключевой проблемой остается подготовка кадров для мультидисциплинарной команды, как врачей специальностей, так и среднего медсестринского персонала, а также специалистов по физической тера-

пии и эрготерапевтов, медицинских логопедов и психологов, дефектологов, нутрициологов. Кроме этого, в Оренбургской области МР редко проводится детям в рамках телемедицины, хотя такой способ проведения реабилитации особенно важен и оптимален в условиях пандемии.

Список литературы

1. Амирханова Д.Ю., Дегтярев Д.Н. Научное обоснование и принципы ранней реабилитации детей, родившихся с экстремально низкой массой тела // *Детская реабилитация*. 2019. № 1 (1). С. 24-30.
2. ГОСТ Р ИСО 9999-2014 Вспомогательные средства для людей с ограничениями жизнедеятельности. Классификация и терминология. М.: Стандартинформ, 2015. 106 с.
3. Севастьянов М.А., Коробов М.В., Владимиров О.Н., Вардосанидзе О.В., Максимов А.В., Божков И.А. Административные системы и политика правосудия в сфере предоставления инвалидам ассистивных технологий и изделий (технических средств реабилитации) // *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. 2015. № 3. С. 10–16.
4. Божков И.А., Севастьянов М.А., Бронников В.А. Современная российская модель обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и перспективы ее совершенствования // *Журнал исследований социальной политики*. 2013. Т. 11. № 2. С. 273–283.
5. Аминова З.М. Научное обоснование системы комплексной медикопсихосоциальной реабилитации детей-инвалидов вследствие детского церебрального паралича: дис. ... докт. мед. наук. Москва, 2009. 328 с.
6. Иванова Г.Е. Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития // *Вестник восстановительной медицины*. 2013. № 5. С. 4–8.
7. Пугиев Л.И. Инвалидность у лиц молодого возраста в Российской Федерации, закономерности ее формирования

и стратегия развития профессиональной реабилитации: дис. ... докт. мед. наук. Москва, 2008. 331 с.

8. О предоставлении льгот инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов, по обеспечению их жильем помещениями, оплате жилья и коммунальных услуг: постановление Правительства РФ от 27 июля 1996 г. № 901. [Электронный ресурс]. URL: <http://base.garant.ru/10136025/#ixzz4cXOrtsUj> (дата обращения: 06.02.2023).
9. Каграманов В.И. Комплексная оценка последствий болезни и причин инвалидизации в детской популяции: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 1996. 19 с.
10. Пономаренко Г.Н. Физическая и реабилитационная медицина. Национальное руководство / под ред. Г. Н. Пономаренко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 512 с.
11. Волобуев А.Н., Захарова Н.О., Романчук Н.П., Романов Д.В., Романчук П.И., Адыширин-Заде К.А. Современные принципы гериатрического анализа в медицине // *Успехи геронтологии*. 2016. Т. 29. № 3. С. 461–470.
12. Владимиров О.Н., Шошмин А.В., Лорер В.В., Малькова С.В., Ачкасов Е.Е. Управление системой комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в субъекте Российской Федерации программным методом // *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. 2019. № 4. С. 30–42.
13. Каднер П., Матти Э.Р. Травматология и ортопедия. Некоторые принципы организации ортопедической помощи в Германии // *Вестник травматологии и ортопедии им. Н.И. Приорова*. 1995. № 1-2. С. 79-82.
14. Хрущева Л.В., Сидоренко О.К. Основные направления и задачи национальной стратегии государства в интересах детей // *Медико-социальные проблемы инвалидности*. 2012. № 4. С. 6–13.
15. Agarwal A., Steele A. Disability Considerations for Infrastructure Programmes. London: Crown, 2016. 31 p. DOI: 10.12774/eod_hd.march2016.agarwaletal.
16. Banks L.M., Mearkle R., Mactaggart I., Walsham M., Kuper H., Blanchet K. Disability and social protection programmes in low- and middle-income countries: a systematic review. *Oxford Development Studies*. 2017. V. 45. Is. 3. P. 223–239.