

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2020

В.А. Бронников^{1, 2, 3}, К.А. Складная^{2, 3}, М.И. Григорьева^{1, 2}

СТАНДАРТИЗАЦИЯ УСЛУГ ПО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В ПЕРМСКОМ КРАЕ

¹ ФГБОУ ВО «Пермский государственный национальный исследовательский университет», Пермь, Российская Федерация

² ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов», Пермь, Российская Федерация

³ ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, Пермь, Российская Федерация

Обоснование. Процесс стандартизации услуг по комплексной реабилитации инвалидов, и в частности детей-инвалидов, начался в России ещё в конце 90-х годов. На основе международных стандартов качества ISO разрабатывались стандарты национальные (ГОСТы), однако до сих пор вопрос наличия стандартов остаётся актуальным. **Цель исследования** — отработка подходов по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в Пермском крае в ходе реализации пилотного проекта в 2017–2018 гг. **Материал и методы.** Специалистами были апробированы методические материалы Минтруда России в части актуализации и разработки стандартов по организации основных направлений реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, с учётом нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности. Для апробации были отобраны две группы инвалидов трудоспособного возраста — с двигательными ($n = 21$) и ментальными ($n = 25$) нарушениями. Оценку по стандартизированным диагностическим шкалам проводили в начале и в конце курса реабилитации, когда каждый клиент заполнял анкету обратной связи клиента, а специалисты — анкету обратной связи специалиста. Длительность курса составила 21 день. **Результаты.** Сравнение полученных результатов с данными эффективности реабилитации клиентов по существующим ранее реабилитационным программам продемонстрировало преимущество разработанных стандартов, что выражалось значительным улучшением оцениваемых показателей, а также более точной оценкой результатов реабилитации. **Заключение.** Показана возможность создания стандартов услуг по медико-социальной реабилитации, позволяющих реализовать на практике идею биопсихосоциальной модели реабилитации через использование методологии Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

Ключевые слова: стандартизация реабилитационных услуг, стандарты реабилитационных услуг, реабилитационная услуга, комплексная реабилитация и абилитация инвалидов (детей-инвалидов).

Для цитирования: Бронников В.А., Складная К.А., Григорьева М.И. Стандартизация услуг по медико-социальной реабилитации и абилитации инвалидов в Пермском крае. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация.* 2020;23(4):28–38. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER55321>

Для корреспонденции: Бронников Владимир Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры социальной работы и конфликтологии Пермского государственного национального исследовательского университета; заведующий кафедрой медико-социальной экспертизы и комплексной реабилитации Пермского государственного медицинского университета им. акад. Е.А. Вагнера; директор ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов»; 614990, Пермь, ул. Букирева, д. 15, e-mail: info@rehabperm.ru

V.A. Bronnikov^{1, 2, 3}, K.A. Sklyannaya^{2, 3}, M.I. Grigoreva^{1, 2}

STANDARDIZATION OF MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION SERVICES IN PERM REGION

¹ Perm State University, Perm, Russian Federation

² Center of Complex Rehabilitation of Disabled people, Perm, Russian Federation

³ State Educational Institution of Higher Professional Education Perm State Medical University Ministry of Health of Russian Federation, Perm, Russian Federation

Background. The process of rehabilitation services of disabled people in Russia began in 90s, when National standards (GOSTs) were developed on the basis of ISO international quality standards, however, the issue of the availability of standards is still relevant. **The aim:** development of approaches to the formation of a system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people, including disabled children, in the Perm Region during the implementation of a pilot project in 2017–2018. **Materials and methods.** During the process of implementation in the Perm region in 2017–2018 a pilot project the group of experts had to implement the methodological materials of the Ministry of Labor of the Russian Federation including standards of rehabilitation and habilitation of disabled children and adults. Two groups of disabled people of working age were selected for testing — one is with motor disorders ($n = 21$) and other is with mental disorders ($n = 25$). Evaluation using standardized diagnostic scales was carried out at the beginning and at the end of the rehabilitation course, when each client filled out a client feedback questionnaire, and specialists — a specialist feedback questionnaire. The duration of the rehabilitation course was 21 days. **Results.** Comparison of the results obtained with the data on the effectiveness of clients' rehabilitation according to the existing rehabilitation programs showed the advantage of the developed standards, which was expressed by a significant improvement in the assessed indicators, as well as more accurate assessment of the rehabilitation results. **Conclusions.** The results of the standards development and implementation showed the possibility of creating medical and social services in rehabilitation that would make possible to put into practice

the idea of a biopsychosocial model of rehabilitation through the use of the International Classification of Functioning, Disabilities and Health (ICF) as a methodology.

Key words: *standardization of rehabilitation services, rehabilitation services standards, rehabilitation service, complex rehabilitation and habilitation of children and adults with disabilities.*

For citation: Bronnikov VA, Sklyannaya KA, Grigoreva MI. Standardization of medical and social rehabilitation services in Perm region. *Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation.* 2020;23(4):28–38. (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER55321>

For correspondence: Vladimir Anatolievich Bronnikov, Doctor of Medicine, professor of Social work and Conflict Study department, Perm State University, the Head of Department of Medical and Social Expertise and Complex Rehabilitation, Perm State Medical University named after acad. A.E. Vagner, director of Center of complex rehabilitation of disabled people; 15, Bukireva Street, Perm, 614990, Russia, e-mail: info@rehabperm.ru

Received 17.12.2020
Accepted 25.01.2021

Обоснование

Деятельность по оказанию реабилитационных услуг ввиду несовершенства действующего российского законодательства лежит в плоскости нормативов, касающихся оказания гражданам медицинской помощи и социальных услуг. При этом ещё в 2005 г. О.И. Ефимов [1] отмечал, что реабилитационная помощь должна быть выделена как отдельный вид деятельности, осуществляться различными специалистами (врачами, психологами, специалистами по социальной работе и другими, т.е. теми, кто сегодня формирует мультидисциплинарные команды) и включать в себя услуги медицинского, психологического, педагогического и социального характера. По данным направлениям, по его мнению, должны формироваться и стандарты реабилитационных услуг.

В течение 2007–2010 гг. в Институте проблем медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов имени Г.А. Альбрехта» Минтруда России были проведены исследования по научному обоснованию методологии, методических подходов к разработке медико-экономических стандартов (МЭС) комплексной реабилитации инвалидов (до и старше 18 лет); была разработана концепция стандартизации реабилитационных мероприятий и услуг; определены принципы и направления формирования МЭС, этапы и порядок разработки, последовательность их реализации, сроки выполнения, требования к этапам и исполнителям, технология утверждения стандартов [2].

В 2017–2018 гг. в ходе реализации в Пермском крае федерального пилотного проекта по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации одним из направлений работы специалистов была разработка и апробация стандартов по организации основных направлений реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) с учётом нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности [3]. Аналогичная деятельность была осуществлена в Свердловской области, которая также являлась участником названного выше пилотного проекта, специалисты которой в ходе апробации соответствующих методических материалов Минтруда РФ пришли к аналогичному пермскому выводу, что для практического применения предлагаемых про-

ектов стандартов необходимо выделить перечень услуг по основным направлениям реабилитации, описать содержание реабилитационных и абилитационных услуг, определить объём, периодичность их предоставления, установить требования к условиям и качеству их оказания [4].

Вопросы стандартизации реабилитационных услуг применительно к деятельности организаций системы социального обслуживания являются предметом научных дискуссий. Так, экономические аспекты процесса стандартизации социальных услуг сегодня исследует И.Р. Зарипова, правовые — М.О. Буянова, М.Л. Захаров, Г.В. Субботин, Е.Г. Назаров, М.А. Топилин. Стандартизацию социального обслуживания в контексте развития и становления системы социальной защиты населения рассматривают Л.Г. Гуслякова, З.П. Замараева, Ю.А. Калинина, К.Н. Новикова, П.В. Романов, Е.Р. Смирнова, В.Н. Ярская [5].

Система стандартизации услуг регулируется Федеральным законом № 162 «О стандартизации в Российской Федерации» и понимается как деятельность по разработке (ведению), утверждению, изменению (актуализации), отмене, опубликованию и применению документов по стандартизации и иная деятельность, направленная на достижение упорядоченности в отношении объектов стандартизации [6]. Закон «О стандартизации» также определил основные документы, регламентирующие стандартизацию: документы национальной системы стандартизации; общероссийские классификаторы; стандарты организаций, в том числе технические условия, своды правил.

Действующие национальные стандарты в области реабилитации инвалидов можно объединить в группы:

- основополагающие стандарты (например, ГОСТ Р 53874-2010 «Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг»; ГОСТ Р 53874-2017 «Реабилитация и абилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных и абилитационных услуг»);
- стандарты по отдельным видам реабилитации (например, ГОСТ Р 52877-2007 «Услуги по медицинской реабилитации инвалидов. Основные положения»; ГОСТ Р 54738-2011 «Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов»);

- стандарты, определяющие требования к процессу оказания реабилитационных услуг, требования к реабилитационным организациям, персоналу и информационно-документационному обеспечению процесса оказания реабилитационных услуг (например, ГОСТ Р 54735-2011 «Реабилитация инвалидов. Требования к персоналу учреждений реабилитации инвалидов»; ГОСТ Р 54736-2011 «Реабилитация инвалидов. Специальное техническое оснащение учреждений реабилитации инвалидов»; ГОСТ Р 53875-2010 «Реабилитация инвалидов. Документация учреждений реабилитации инвалидов»);
 - стандарты, определяющие качество реабилитационных услуг и методы его оценки (например, ГОСТ Р 55138-2012 «Реабилитация инвалидов. Качество реабилитационных услуг. Основные положения»; ГОСТ Р 57888-2017 «Реабилитация инвалидов. Целевые показатели реабилитационных услуг. Основные положения»; ГОСТ Р 57960-2017 «Реабилитация инвалидов. Оценка результатов реабилитационных услуг. Основные положения»).
- При этом, как отмечают О.Н. Владимирова и соавт. [7], стандартизация диагностических методов и методик на уровне учреждений и исполнительных органов государственной власти не произведена, а на уровне специалистов регламентируется национальными руководствами и ассоциациями специалистов. Несмотря на большое количество стандартов, очевидно, что необходима единая система классификации предоставляемых услуг в сфере реабилитации, разработанная с учётом заболевания, функционирования человека, его активности и участия в жизни общества с учётом факторов окружающей среды.

Основой стандартизации по организации реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, разрабатываемой субъектами Российской Федерации, является использование единых параметров оценки качества для каждого вида реабилитационных или абилитационных услуг в реабилитационных организациях. При разработке стандартов были использованы методические материалы Минтруда РФ «Разработка требований к подготовке стандартов по организации реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, разрабатываемых субъектами Российской Федерации, и методики их оценки методическим и методологическим федеральным центром по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов». В соответствии с ними методологию стандарта составили следующие положения. В процессе разработки стандартов и на этапе их применения с целью решения поставленных задач эксперты руководствовались такими принципами, как учёт индивидуальной потребности инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в реабилитации или абилитации; единство требований к содержанию реабилитационных и абилитационных услуг по всей территории субъекта РФ; минимизация затрат и ресурсов получателя реабилитационных услуг; преимущественный учёт мнения получателей реабилитационных или абилитационных услуг при раз-

работке и изменении стандартов государственных услуг, а также потребности получателей реабилитационных или абилитационных услуг — инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

Для обеспечения выполнения установленных требований стандарта субъекта Российской Федерации по организации реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, были использованы модели организации реабилитации или абилитации, а также разработаны стандартные операционные процедуры реабилитационной или абилитационной услуги — документально оформленные инструкции по выполнению рабочих процедур, обеспечивающих выполнение требований стандарта.

Процесс разработки и апробации стандарта по организации реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в Пермском крае, состоял из следующих этапов: формирование рабочей группы; разработка основных направлений деятельности рабочей группы; разработка стандартов, апробация стандартов; экспертная оценка стандартов, внесение изменений и замечаний в текст стандарта.

Разработка стандарта и апробация стандарта включала в себя следующие этапы: изучение содержания Национальных и региональных стандартов по реабилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов; изучение методических рекомендаций Минтруда РФ по разработке и апробации стандартов; ситуационный анализ потребностей инвалидов (в том числе детей-инвалидов) в реабилитационных или абилитационных услугах, в том числе анализ имеющейся реабилитационной инфраструктуры для инвалидов, в том числе детей-инвалидов, с различной инвалидизирующей патологией в Пермском крае; наполнение текстовой и графической части стандарта; апробация стандартов.

В итоге, в 2017 г. рабочей группой были разработаны тексты следующих стандартов:

- Стандарт оказания услуг по медико-социальной реабилитации и абилитации совершеннолетних инвалидов с нарушениями опорно-двигательной системы;
- Стандарт оказания услуг по медико-социальной реабилитации и абилитации совершеннолетних инвалидов с ментальными нарушениями;
- Стандарт оказания услуг по медико-социальной реабилитации и абилитации совершеннолетних инвалидов с сенсорными нарушениями;
- Стандарт оказания услуг по медико-социальной реабилитации и абилитации детей-инвалидов с ментальными нарушениями;
- Стандарт оказания услуг по медико-социальной реабилитации и абилитации детей-инвалидов с опорно-двигательными нарушениями;
- Стандарт оказания услуг по медико-социальной реабилитации и абилитации детей-инвалидов с сенсорными нарушениями.

Сразу отметим, что разработанные стандарты ориентированы на максимальный объём реабилитационных услуг и могут быть использованы в реабилитационных организациях уровня «комплексный» в соответствии с приказом Минтруда России «Об утверждении примерных положений о многопро-

фильных реабилитационных центрах для инвалидов и детей-инвалидов, а также примерных перечней оборудования, необходимого для предоставления услуг по социальной и профессиональной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов» от 23.04.2018 № 275¹. При этом на момент разработки стандартов был использован первоначальный вариант Положения о многопрофильном центре комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, основанного на типовых структурно-функциональных моделях системы комплексной реабилитации инвалидов (детей-инвалидов) с наиболее распространёнными нарушениями функций и структур организма [8].

В соответствии с биопсихосоциальной моделью реабилитации перечень описанных в стандарте реабилитационных услуг был расширен, в него были включены услуги по социально-бытовой адаптации, социально-средовой, социально-психологической, социально-педагогической, двигательной, логопедической, профессиональной и социокультурной реабилитации.

Апробация стандартов для инвалидов трудоспособного возраста проводилась на базе отделения медико-социальной реабилитации Свердловского района КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов» в 2018 г. [9].

Требования для апробации: наличие оборудования (диагностического, реабилитационного) [10] и оснащения кабинетов [11], описанного в тексте стандартов; наличие методической базы (текстов стандартов, методических рекомендаций для специалистов реабилитационных центров по применению стандартов); наличие соответствующей документации (диагностической, организационной — методик диагностической и реабилитационной деятельности, бланков документов для заполнения); обучение специалистов применению стандартов (выезд мультидисциплинарных команд в реабилитационные центры для проведения обучающего семинара).

Были выделены следующие параметры оценки результатов апробации и методы мониторинга эффективности реабилитации:

1. Результаты для клиентов:

- оценка эффективности реабилитации (оценочные шкалы, методики комплексной оценки);
- сравнение с результатами эффективности реабилитации пациентов, проходивших реабилитацию по принятым ранее реабилитационным программам;
- анкетирование клиентов по удовлетворённости реабилитацией.

2. Результаты для специалистов:

- параметры для оценки: информативность, доступность предлагаемых методов работы (в рамках стандарта);
- функциональность оборудования;
- удобство применения предлагаемых диагностических методик;

- отличия от действующих стандартов (плюсы и минусы).

Также были определены методы мониторинга эффективности апробации стандартов:

1. Внутренняя экспертная оценка (специалистами ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов», далее ЦКРИ), инструментарий — оценочные листы, содержащие параметры для оценки для специалистов.
2. Анкетирование, инструментарий — анкеты для клиентов.
3. Внешняя экспертная оценка стандартов (учёные, специалисты иных социальных институтов — бюро медико-социальной экспертизы, центров занятости, медицинских учреждений, психолого-медико-педагогических комиссий), инструментарий — оценочные листы, содержащие параметры оценки для специалистов.

Одной из задач, поставленных в процессе формирования стандартов, был анализ потребностей инвалидов в реабилитационных или абилитационных услугах. При использовании Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) как методологического инструмента дифференцированной оценки нарушений жизнедеятельности у людей с инвалидностью необходимо отметить выбор основных категорий, используемых при анализе профиля клиентов.

В разделе «функции» рассматривались категории нарушения двигательных (мышечная сила, мышечный тонус) и когнитивных функций, а также функции артикуляции речи. В разделе «активность» были выделены параметры мобильности (ходьба, поддержание положения тела) и самообслуживания (одевание, мытьё, осуществление физиологических потребностей), а также бытовой и социальной активности (использование кисти и руки, речь).

Эти краткие наборы категорий использовались в оценке нарушений функционирования у пациентов после инсульта, получивших курсы комплексной реабилитации в ЦКРИ с целью определить различия моделей пациентов. За основу были взяты модели пациентов с двигательными и когнитивными нарушениями. Они были оценены согласно описанным выше наборам категорий МКФ, и на основе полученных результатов было составлено два МКФ-профиля [12].

При проведении оценки с применением доменов МКФ [13] были получены данные по ведущим категориям, в которых имеются ограничения у изучаемых пациентов, а также о степени ограничения. Построены типичные профили МКФ (табл. 1, 2).

Использование выбранных категорий позволяет оценить ведущие категории функционирования клиентов, которые изменяются в зависимости от ведущего ограничения. Так, можно отметить, что у группы пациентов с двигательными нарушениями чаще всего нарушаются такие виды активности, как ходьба, использование кисти и руки и поддержание положения тела, в то время как нарушения речи и артикуляции умеренной степени имеются только у 15% пациентов данной группы. Однако часть

¹ Доступно по: <https://mintrud.gov.ru/docs/mintrud/orders/1291>. Ссылка активна на 12.09.2020.

Таблица 1

МКФ-профили для группы пациентов с двигательными нарушениями, абс. (%)

Домен МКФ	0 (нет)	1 (лёгкие нарушения)	2 (умеренные нарушения)	3 (выраженные нарушения)	4 (абсолютные нарушения)
Мышечная сила	-	-	9 (43)	11 (52)	1 (5)
Мышечный тонус	1 (5)	1 (5)	7 (33)	11 (52)	1 (5)
Ощущение боли	9 (43)	4 (19)	7 (33)	1 (5)	-
Интеллектуальные функции	2 (10)	10 (47)	9 (43)	-	-
Функции артикуляции	8 (38)	10 (47)	3 (15)	-	-
Речь	18 (85)	-	3 (15)	-	-
Поддержание положения тела	-	11 (52)	6 (30)	4 (18)	-
Ходьба	-	-	4 (18)	16 (77)	1 (5)
Одевание / мытьё	-	18 (85)	3 (15)	-	-
Использование кисти и руки	-	3 (15)	4 (18)	3 (15)	11 (52)
Физиологические отправления	18 (85)	-	3 (15)	-	-

Примечание. Здесь и в табл. 2 жирным шрифтом выделены ведущие ограничения в группах пациентов. МКФ — Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

Таблица 2

МКФ-профили для группы пациентов с ментальными нарушениями, абс. (%)

Домен МКФ	0 (нет)	1 (лёгкие нарушения)	2 (умеренные нарушения)	3 (выраженные нарушения)	4 (абсолютные нарушения)
Мышечная сила	3 (12)	12 (48)	6 (24)	4 (16)	-
Мышечный тонус	6 (24)	4 (16)	7 (28)	8 (32)	-
Ощущение боли	12 (48)	6 (24)	5 (20)	2 (8)	-
Интеллектуальные функции		2 (8)	13 (52)	10 (40)	-
Функции артикуляции	16 (64)	7 (28)	2 (8)		
Речь	4 (16)	-	6 (24)	15 (60)	-
Поддержание положения тела	1 (4)	22 (88)	1 (4)	1 (4)	-
Ходьба	-	20 (80)	4 (16)	1 (4)	-
Одевание / мытьё	15 (60)	7 (28)	2 (8)	-	-
Использование кисти и руки	5 (20)	11 (44)	1 (4)	4 (16)	4 (8)
Физиологические отправления	25 (100)	-	-	-	-

пациентов этой группы (15%) имеют ограничения, связанные с осуществлением физиологических отправления, что может быть вызвано ограничениями в таких видах активности, как мобильность и одевание. Однако выраженные и абсолютные ограничения даже у пациентов этой группы отмечаются только в категориях «ходьба» и «использование кисти и руки», что свидетельствует о сохраняющемся функциональном дефиците при сформировавшейся компенсации других видов активности, таких как одевание или мытьё.

Для группы пациентов с ментальными нарушениями наиболее характерны нарушения когнитивных

функций, лёгкие нарушения мышечной силы, функций артикуляции. Несмотря на наличие нарушений преимущественно когнитивного и речевого характера, отмечаются нарушения двигательной сферы, что необходимо учитывать при составлении программ для профиля с ментальными нарушениями. Важное отличие профиля пациентов с ментальными нарушениями — значительно меньший процент ограничений активности: только 8% имеют умеренные/выраженные ограничения поддержания положения тела, 5% — умеренные/выраженные ограничения ходьбы, 2% — умеренные/выраженные ограничения самообслуживания. Умеренные или выраженные затруд-

нения в использовании в бытовой активности кисти и руки имеют только 28% пациентов этой группы (в группе с двигательными нарушениями — 85%), однако 86% имеют ограничения в разговоре, 32% — нарушение функции артикуляции, 90% — умеренные и выраженные нарушения интеллектуальных функций. Таким образом, мы можем выделить ведущие ограничения для каждого профиля. Для пациентов с двигательными нарушениями это, прежде всего, мышечная сила и тонус, а также ограничения таких видов жизнедеятельности, как ходьба и использование кисти и руки. Для пациентов с ментальными нарушениями — интеллектуальные и речевые нарушения. Таким образом, различия в представленных профилях демонстрируют необходимость использования разных реабилитационных программ для работы с имеющимися у данных групп пациентов ведущими ограничениями. Поскольку пациенты разных профилей испытывают различную потребность в видах, количестве реабилитационных услуг и использовании диагностических инструментов, представляется целесообразным применение разных стандартов для пациентов с двигательными и ментальными нарушениями.

Цель исследования — отработка подходов по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в Пермском крае в ходе реализации пилотного проекта в 2017–2018 гг.

Материалы и методы

Дизайн и условия проведения

Дизайн исследования предусматривал пребывание пациентов в центре комплексной реабилитации в течение 21 дня. После подписания информированного согласия, пациент приглашался на скрининговый визит, во время которого проводилась оценка соответствия критериям включения/исключения, перенесённых и сопутствующих заболеваний, сопутствующей терапии; каждому пациенту выполнено нейропсихологическое и неврологическое исследование.

Сроки апробации: февраль–июнь 2018 г.

Для апробации были отобраны две группы инвалидов трудоспособного возраста — с двигательными ($n = 21$) и ментальными ($n = 25$) нарушениями. Оценку по стандартизированным диагностическим шкалам проводили в начале и в конце курса реабилитации, когда каждый клиент заполнял анкету обратной связи клиента, а специалисты — анкету обратной связи специалиста. Длительность курса составила 21 день.

Исследование проводилось в соответствии с юридическими и этическими нормами, предусмотренными Хельсинкской декларацией, действующим законодательством РФ, а также принципами Качественной клинической практики (GCP).

Участники (специалисты): врач-невролог, терапевт, психолог, логопед, врач лечебной физкультуры (ЛФК), инструктор ЛФК, эрготерапевт, специалист по социальной реабилитации.

Инструментарий:

- тексты стандартов оказания реабилитационных услуг инвалидам с двигательными нарушениями, с ментальными нарушениями;
- невролог: шестибальная шкала мышечной силы, модифицированная шкала Ашворт (Ashworth), визуальная аналоговая шкала (ВАШ) болевого синдрома, шкала оценки выделительных функций;
- врач/инструктор ЛФК: индекс мобильности Ривермид, индекс ходьбы Хаузера;
- психолог: Монреальская когнитивная шкала (Montreal Cognitive Assessment, MoCA);
- логопед: шкала оценки дизартрии, шкала оценки афазии по Вассерману;
- эрготерапевт: шкала функциональной независимости (Functional Independence Measure, FIM), тест для верхней конечности Френчай;
- анкета оценки стандартов специалистами;
- анкета обратной связи для клиентов.

Критерии соответствия

Критерии включения: мужчины от 18 до 59 лет, женщины от 18 до 54 лет; установленный диагноз «Острое нарушение мозгового кровообращения» по ишемическому или геморрагическому типу; установленный диагноз «Черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга средней/тяжёлой степени»; давность перенесённого инсульта/травмы не менее 6 мес; наличие нарушений функции мышечной силы в верхней и нижней конечности не выше умеренных (≤ 3 баллов по шестибальной шкале мышечной силы); наличие умеренных и выраженных ограничений мобильности (индекс ходьбы Хаузера ≥ 3 баллов, индекс Ривермид ≤ 12); наличие умеренных и выраженных ограничений самообслуживания; наличие умеренных и выраженных когнитивных нарушений (тест MoCa — ≤ 25 баллов); наличие умеренных и выраженных речевых нарушений; наличие подписанного и датированного информированного согласия законным представителем пациента.

Критерии исключения: пациенты с сопутствующим поражением спинного мозга и периферической нервной системы врождённого и приобретённого характера (миелодисплазия, пороки развития спинного мозга, полинейропатии и нервно-мышечные заболевания, инфекции и травмы); пациенты с сопутствующими заболеваниями, ограничивающими процесс реабилитации (травмы опорно-двигательного аппарата, заболевания сердечно-сосудистой системы, алкогольная энцефалопатия и т.д.); глубокая степень сенсорного дефекта (зрения, слуха); тяжёлые, декомпенсированные или нестабильные соматические заболевания и состояния, которые непосредственно угрожают жизни больного; острая психотическая продуктивная симптоматика (психоз, галлюцинации, бред); одновременное участие в другом клиническом исследовании.

Статистический анализ

Результаты исследования подвергались статистическому анализу с использованием программных

пакетов Biostat и Microsoft Excel. Проводилось вычисление среднего значения и стандартной ошибки измеряемых показателей для каждой клинической группы пациентов. Для анализа значимых отличий между двумя независимыми выборками использовался t-тест Стьюдента.

Результаты и обсуждение

Характеристика целевых групп

Когорта пациентов, вошедших в исследование, представлена 21 взрослым пациентом с инвалидностью (19 мужчин и 2 женщины) в возрасте от 38 до 59 лет с двигательными нарушениями, преимущественно в виде спастического гемипареза, и 25 взрослыми пациентами с инвалидностью (17 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 27 до 59 лет с ментальными нарушениями, прежде всего речевыми (сенсорная, сенсомоторная и моторная афазия), а также другими когнитивными расстройствами (нарушения кратковременной памяти, внимания, мыслительных операций, зрительно-пространственного гнозиса). Средний возраст пациентов — $47,57 \pm 3,2$ года. Все пациенты с установленным диагнозом и оформленной инвалидностью.

По результатам первичного обследования и данным диагностических шкал была проведена первичная характеристика пациентов. В неврологическом статусе у исследованных пациентов группы с двигательными нарушениями выявлялись следующие неврологические синдромы: центральный гемипарез с выраженным снижением мышечной силы от 1 до 3 баллов по шестибальной шкале мышечной силы — у 11 человек (52%); плегия в одной конечности (верхней) с повышением спастичности от 5 до 1 балла по модифицированной шкале Ашворт — у 11 человек (52%); псевдобульбарный синдром с лёгкой и умеренной степенью дизартрии — у 12; лёгкая и умеренная моторная афазия — у 3. Из ведущих ограничений активности и участия у всех представителей данной группы преобладали огра-

ничения мобильности (от 4 до 13 баллов по индексу мобильности Ривермид) и самообслуживания (от 64 до 105 баллов по шкале FIM).

В неврологическом статусе пациентов с ментальными нарушениями также имелся центральный гемипарез умеренной и лёгкой степени (с выраженным снижением мышечной силы от 2 до 4 баллов по шестибальной шкале мышечной силы) с лёгким повышением спастичности (от 2 до 1 балла по модифицированной шкале Ашворт) — у 12 человек (48%). Преимущественными нарушениями являлись речевые нарушения по типу афазии (от 58 до 20 баллов по шкале Вассерман) — у 15 человек (60%), а также снижение когнитивных функций по тесту MoCA от 1 до 23 баллов — у 13 человек (52%); псевдобульбарный синдром с умеренной дизартрией отмечен у 8 пациентов.

Все пациенты при поступлении получили оценку по шкале Рэнкин. Средний балл для всех пациентов составил $3,04 \pm 0,72$: в группе пациентов с двигательными нарушениями — $3,11 \pm 0,52$, в группе ментальных нарушений — $2,77 \pm 0,48$.

Основные результаты исследования

Все пациенты с ментальными и двигательными нарушениями ($n = 46$), включённые в исследование, прошли предусмотренный стандартами курс реабилитации. По окончании курса реабилитации указанным пациентам было проведено повторное клиническое и нейропсихологическое исследование в полном объёме. Данные двигательных и нейропсихологических тестов у пациентов в начале и конце исследования приведены в табл. 3, 4.

По результатам повторного обследования обнаружена положительная динамика по основным показателям оценки функций, а также мобильности и самообслуживания. В группе пациентов с преобладающими двигательными нарушениями определились следующие изменения функций: значительные улучшения мышечной силы (с 2,09 до 3,48), снижение мышечного тонуса в среднем на 1 балл,

Таблица 3

Данные двигательных и нейропсихологических тестов пациентов с двигательными нарушениями ($M \pm \sigma$)

Показатель	Начало курса реабилитации ($n = 21$)	Окончание курса реабилитации ($n = 21$)	p
Шестибальная шкала мышечной силы	$2,09 \pm 0,22$	$3,48 \pm 0,23$	$< 0,05$
Шкала Ашфорт	$3,81 \pm 0,23$	$2,71 \pm 0,23$	$< 0,05$
Визуальная аналоговая шкала	$8,00 \pm 0,26$	$9,34 \pm 0,29$	$< 0,05$
Раздел профиля PULSES	$3,84 \pm 0,81$	$3,94 \pm 0,70$	$< 0,05$
Шкала MoCA	23,00	25,67	$< 0,05$
Шкала оценки дизартрии	14,17	11,46	$< 0,05$
Индекс мобильности Ривермид	10,62	11,24	$< 0,05$
Индекс ходьбы Хаузера	5,29	4,52	$< 0,05$
Тест Френчай	1,28	1,57	$< 0,05$
Шкала FIM	92,91	100,05	$< 0,05$
Шкала Вассермана	30,33	28	$< 0,05$

Таблица 4

Данные двигательных и нейропсихологических тестов пациентов с ментальными нарушениями (M ± σ)

Показатель	Начало курса реабилитации (n = 25)	Окончание курса реабилитации (n = 25)	p
Шестибалльная шкала мышечной силы	3,48 ± 0,22	4,20 ± 0,23	< 0,05
Шкала Ашфорт	2,84 ± 0,23	2,08 ± 0,23	< 0,05
Визуальная аналоговая шкала	8,24 ± 0,26	9,52 ± 0,29	< 0,05
Раздел профиля PULSES	3,68 ± 1,81	3,78 ± 1,81	< 0,05
Шкала MoCa	15,96 ± 2,36	20,2 ± 3,55	< 0,05
Шкала оценки дизартрии	12,65	10,67	< 0,05
Индекс мобильности Ривермид	13,31	13,54	< 0,05
Индекс ходьбы Хаузера	3,64	2,28	< 0,05
Тест Френчай	2,08	2,96	< 0,05
Шкала FIM	98,4	101,92	< 0,05
Шкала Вассермана	42,38	35,38	< 0,05

а также снижение болевого синдрома и проявлений дизартрии. Положительные изменения наблюдались в показателях мобильности (снижение индекса ходьбы Хаузера и увеличение баллов по шкале Ривермид в среднем на 1 балл), значительное улучшение — в показателях шкалы функциональной независимости (с 92,91 до 100,05, или с 74 до 80%) за счёт улучшения параметров передвижения (ходьба по лестнице, перемещение в ванну) и самообслуживания (одевание, приём пищи, личная гигиена). Кроме того, отмечалось улучшение использования паретичной руки, что было отражено в увеличении средних показателей теста Френчай на 1 балл.

В группе пациентов с ментальными нарушениями наблюдалось значительное улучшение речевых (средние показатели шкалы Вассермана улучшились на 7 баллов) и когнитивных (прирост средних значений теста MoCa на 4 балла) функций; улучшение функций самообслуживания и бытовой активности преимущественно за счёт увеличения ориентации в месте и времени, одевания и личной гигиены (прирост на 4 балла по средним значени-

ям теста функциональной независимости). Среди улучшений в двигательной сфере зарегистрированы увеличение мышечной силы, снижение мышечного тонуса, увеличение функции верхней конечности.

Таким образом, вследствие проведения реабилитационных мероприятий используемые в апробации клинические, психологические и социальные диагностические инструменты позволили выявить положительную динамику как на уровне функций, так и на уровне деятельности (самообслуживание, мобильность, бытовая активность). Тем самым подтверждается эффективность использования предложенных стандартов реабилитационных методик.

В качестве группы сравнения рассматривали результаты комплексной реабилитации пациентов отделения медико-социальной реабилитации Свердловского района КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов», проходивших реабилитацию в 2016/2017 г. (табл. 5).

Можно отметить менее значительный прирост средних значений мышечной силы и мышечного тонуса, а также более стабильные значения когни-

Таблица 5

Данные диагностических шкал пациентов, прошедших курс реабилитации в 2016/2017 г. в ЦКРИ Свердловского района

Показатель	Начало курса реабилитации (n = 42)	Окончание курса реабилитации (n = 42)	p*
Шестибалльная шкала мышечной силы	3,27 ± 0,73	3,78 ± 0,71	< 0,05
Шкала Ашфорт	1,5 ± 0,18	0,9 ± 0,14	< 0,05
ВАШ	1,91 ± 0,23	0,48 ± 0,07	< 0,05
Раздел PULSES	3,68 ± 0,79	3,70 ± 0,78	0,23
Краткая шкала оценки психического статуса	23,14 ± 6,69	25,19 ± 5,11	< 0,05
Тест локуса контроля	26,72 ± 4,96	27,68 ± 4,32	0,02
Характеристика устойчивости	3,48 ± 1,18	3,72 ± 1,78	0,45
Индекс Ривермид	11,30 ± 2,80	12,02 ± 2,31	< 0,05
Индекс Бартел	88,45 ± 19,69	90,60 ± 16,21	< 0,05

Примечание. * — по критерию Манна-Уитни

тивных функций. Среди показателей самообслуживания также наблюдался незначительный прирост показателей мобильности и самообслуживания. Использование в оценке мобильности только индекса Ривермид не позволило отразить изменения в функции ходьбы. Использование в качестве диагностического инструмента индекса Бартела снизило точность оценки положительных изменений повседневной активности — наблюдался прирост с 88,45 до 90 баллов, т.е. прирост по баллам составил всего 2%, тогда как при оценке с использованием шкалы функциональной независимости был выявлен прирост 6%. Кроме этого, нельзя не отметить эффект «потолка» у шкалы Бартел, при которой у большинства клиентов выявлялись лёгкие ограничения активности или отсутствие ограничений (от 85 до 100%), что, вероятно, связано с низкой диагностической точностью шкалы в поздний восстановительный период инсульта. В то же время у пациентов с таким же неврологическим статусом шкала функциональной независимости определяла умеренные и лёгкие нарушения (от 70 до 85%), что свидетельствует о большей эффективности шкалы функциональной независимости для использования у клиентов в позднем восстановительном периоде заболевания, а также с последствиями заболеваний и травм. Краткая шкала оценки психического статуса в качестве инструмента оценки когнитивных функций также является менее чувствительным тестом в сравнении с монреальской шкалой. Таким образом, оценка эффективности реабилитации и сравнение результатов с таковыми при использовании прежних методик и тестов демонстрируют различие в пользу методик, предложенных стандартом, что объясняется как более эффективной реабилитационной программой, так и большей точностью предложенных диагностических инструментов.

При оценке усреднённых МКФ профилей были построены диаграммы для пациентов с двигательными (рис. 1) и ментальными (рис. 2) нарушениями, где представлены результаты эффективности реабилитации в виде изменения значений определителей по каждому из оцениваемых доменов.

Помимо данных оценочных шкал, при анализе результатов апробации учитывались данные анкет обратной связи для клиентов, характеризующие удовлетворённость клиентов реабилитацией. Каждый пациент, участвующий в апробации, заполнял составленную нами анкету обратной связи, которая включала вопросы относительно устройства отделения, удовлетворённости реабилитационными услугами, преимущества и недостатки пройденного курса реабилитации.

По результатам оценки анкет клиентов было выявлено, что большинство клиентов оценивают организацию отделения реабилитации, а также качество реабилитационных услуг на «хорошо» и «отлично». При развёрнутых ответах клиенты в основном положительно отметили работу логопедов, психологов, эрготерапевта и специалистов ЛФК, возможность получения информации о болезни и общения с такими же пациентами, а также общее отношение сотрудников отделения. Из недостатков пройденного курса реабилитации отмечали качество социокультурной реабилитации, а также недостаточное, по мнению клиентов, количество реабилитационных услуг.

Таким образом, проведённая апробация стандартов показала эффективность реабилитационных методик, точность диагностических инструментов, а также удобство работы для специалистов и удовлетворённость клиентов результатами реабилитационного курса. Полученные данные использованных диагностических методик отмечают разные характе-

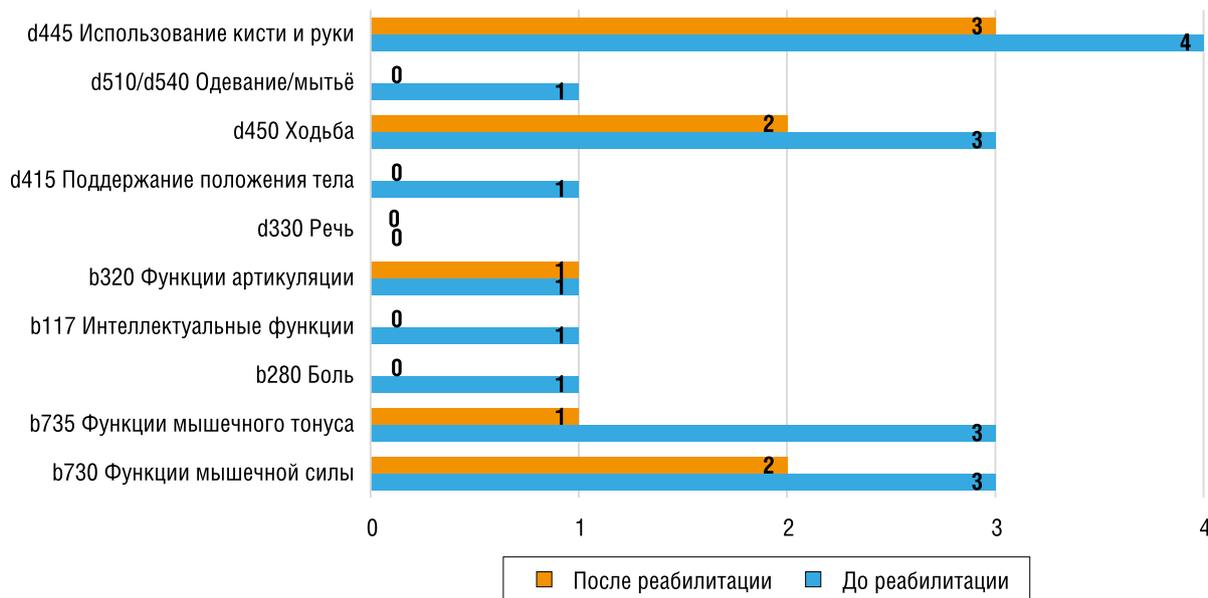


Рис. 1. Категориальный профиль МКФ у пациентов с двигательными нарушениями

Примечание. Здесь и на рис. 2: 0 — нет нарушений (ограничений), 1 — лёгкие нарушения (ограничения), 2 — умеренные нарушения (ограничения), 3 — выраженные нарушения (ограничения), 4 — абсолютные нарушения (ограничения). МКФ — Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

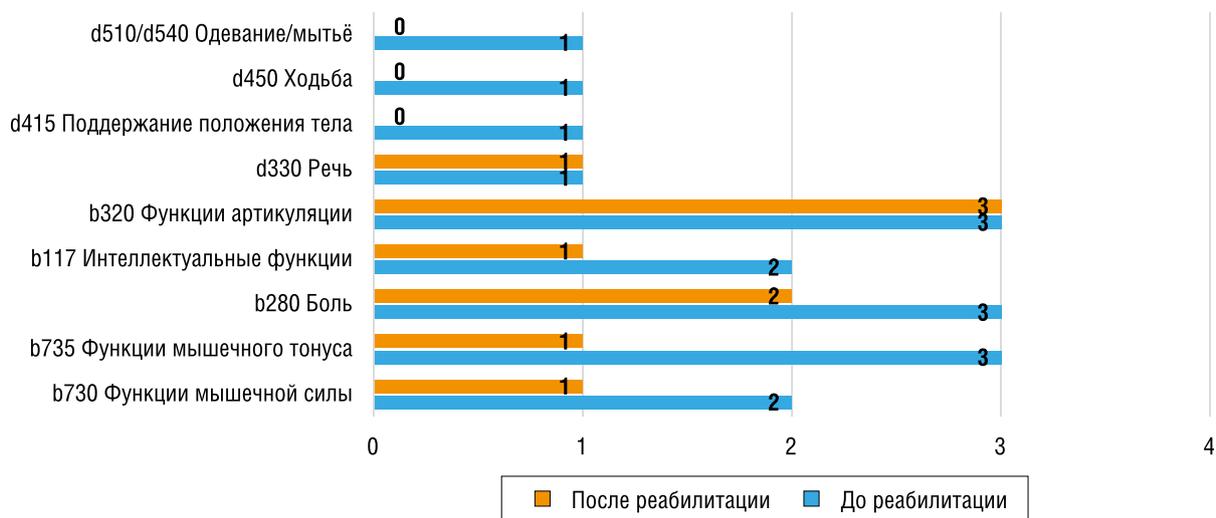


Рис. 2. Категориальный профиль МКФ у пациентов с ментальными нарушениями

ристики функциональных нарушений групп клиентов с ментальными и двигательными нарушениями, что подтверждает необходимость дифференцированных реабилитационных программ. По результатам реабилитационного курса наблюдается улучшение по всем используемым оценочным шкалам, а также прирост по шкалам, отражающим уровень ведущих ограничений активности и участия в обеих группах пациентов.

Сравнение полученных результатов с данными эффективности реабилитации клиентов по существующим ранее реабилитационным программам продемонстрировало преимущество разработанных стандартов, выражающееся в более значительном улучшении оцениваемых показателей, а также более точной оценке результатов реабилитации.

Заключение

По результатам оценки использования стандартов специалистами выявлено, что разработанные стандарты содержат необходимую информацию в полном объеме, доступны и удобны для использования, содержат необходимое количество эффективных диагностических и реабилитационных методик. Специалисты отметили логичность изложения информации в стандартах, достаточное количество реабилитационных услуг для клиентов в течение курса, а также наличие необходимого оборудования для проведения реабилитационных мероприятий, соответствие оборудования предлагаемым реабилитационным методикам.

Конфликт интересов. Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Финансирование. Отсутствует.

Участие авторов. Все авторы внесли существенный вклад в проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию до публикации.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Ефимов О.И. Стандартизация в реабилитации детей с ограниченными возможностями: постановка проблемы // *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. — 2005. — №7. — С. 32–37. [Efimov OI. Standartizatsiya v reabilitatsii detei s ogranichennymi vozmozhnostyami: postanovka problemy. *Health care standardization problems*. 2005;(7):32–37. (In Russ.)]
2. Шестаков В.П., Лебедева Н.Н., Свинцов А.А., Пехов А.И. Стандартизация мероприятий и услуг в области медико-социальной реабилитации инвалидов // *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. — 2011. — №1. — С. 6–9. [Shestakov VP, Lebedeva NN, Svinstov AA, Pekhov AI. Standardization activities and services in the field of medical-social rehabilitation of persons with disabilities. *Vestnik Vserossiiskogo obshchestva spetsialistov po mediko-sotsial'noi ehkspertize, reabilitatsii i reabilitatsionnoi industrii*. 2011;(1):6–9. (In Russ.)]
3. Опыт разработки и апробации стандартов по организации основных направлений реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) с учетом нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности: метод. пос. / Под ред. В.А. Бронникова. — Пермь, 2018. — 368 с. [Opyt razrabotki i aprobatsii standartov po organizatsii osnovnykh napravlenii reabilitatsii i abilitatsii invalidov (detei-invalidov) s uchetom narushennykh funktsii i ogranichenii zhiznedeyatel'nosti. Ed. by VA Bronnikov. Perm, 2018. 368 p. (In Russ.)]
4. Шестакова Е.В. Подходы к формированию перечня и стандарта предоставления услуг по социальной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей инвалидов (по результатам пилотного проекта) // *Инновационные технологии реабилитации: наука и практика: сб. статей II Междунар. науч. конф.* — СПб., 2019. — С. 31–37. [Shestakova EV. Podkhody k formirovaniyu perechnya i standarta predostavleniya uslug po sotsial'noi reabilitatsii i abilitatsii invalidov, v tom chisle detei invalidov (po rezul'tatam pilotnogo proekta). (Conference proceedings) *Innovatsionnye tekhnologii reabilitatsii: nauka i praktika: sb. statei II Mezhdunar. nauch. konf.* Saint Petersburg; 2019. P. 31–37. (In Russ.)]
5. Григорьева М.И. Современные подходы к стандартизации и регламентации социальных услуг в кон-

- тексте концепции реализации человеческого потенциала в условиях городской агломерации // *Теория и практика общественного развития*. — 2012. — №12. — С. 119–123. [Grigoreva MI. Contemporary views on social services standardization and regulation in the context of human resources employment in the conditions of the urban agglomeration. *Theory and practice of social development*. 2012;(12):119–123. (In Russ.)]
6. Федеральный закон от 29 июня 2015 г. № 162-ФЗ «О стандартизации в Российской Федерации». [Federal Law No. 162-FZ of 29 June 2015 «O standartizatsii v Rossiiskoi Federatsii». (In Russ.)]. Доступно по: <https://base.garant.ru/71108018/>. Ссылка активна на 12.09.2020.
 7. Владимирова О.Н., Шошмин А.В., Малькова С.В., и др. Национальные стандарты в комплексной реабилитации и абилитации инвалидов // *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. — 2019. — №4. — С. 18–29. [Vladimirova ON, Shoshmin AV, Mal'kova SV, et al. National standards in complex rehabilitation and habilitation of disabled people. *Vestnik Vserossiiskogo obshchestva spetsialistov po mediko-sotsial'noi ehkspertize, reabilitatsii i reabilitatsionnoi industrii*. 2019;(14):18–29. (In Russ.)]. doi: 10.17238/issn1999-2351.2019.4.18-29.
 8. Минтруд России. Методические документы, позволяющие сформировать и смоделировать систему комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе и детей-инвалидов. [Mintrud Rossii. Metodicheskie dokumenty, pozvolyayushchie sformirovat' i smodelirovat' sistemu kompleksnoi reabilitatsii i abilitatsii invalidov, v tom chisle i detei-invalidov. (In Russ.)]. Доступно по: <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/153/>. Ссылка активна на 12.09.2020.
 9. Бронников В.А., Григорьева М.И., Скланная К.А. Стандартизация реабилитационных услуг: опыт Пермского края // *Мат. науч.-практ. конф. «Комплексная реабилитация инвалидов на современном этапе. Отечественная и международная практика»*, Новокузнецк, 3–4 октября. — Новокузнецк, 2019. — С. 13–14. [Bronnikov VA, Grigoreva MI, Sklyannaya KA. Standartizatsiya reabilitatsionnykh uslug: opyt Permskogo kraia. (Conference proceedings) *Mat. nauch.-prakt. conf. «Kompleksnaya reabilitatsiya invalidov na sovremennom etape. Otechestvennaya i mezhdunarodnaya praktika»*, Novokuznetsk, 3–4 oktyabrya. Novokuznestk, 2019. P. 13–14. (In Russ.)]
 10. Скланная К.А., Бронников В.А. Применение роботизированной кинезитерапии в комплексной реабилитации пациентов после инсульта // *Неврологические чтения в Перми: сб. матер. межрегион. науч.-практ. конф.* — Пермь, 2017. — С. 117–125. [Sklyannaya KA, Bronnikov VA. Primenenie robotizirovannoi kineziterapii v kompleksnoi reabilitatsii patsientov posle insul'ta. (Conference proceedings) *Nevrologicheskie chteniya v Permi: sb. mater. mezhhregion. nauch.-prakt. konf. Perm'*; 2017. P. 117–125. (In Russ.)]
 11. Русских О.А., Перевошиков П.В., Бронников В.А. Применение метода биологической обратной связи в психологической реабилитации пациентов после инсульта // *Человек. Искусство. Вселенная*. — 2019. — №1. — С. 137–145. [Russkih OA, Perevoschikov PV, Bronnikov VA. Application of biofeedback method in psychological rehabilitation of patients after stroke. *Chelovek. Iskusstvo. Vselennaya*. 2019;(1):137–145. (In Russ.)]
 12. Бронников В.А., Смычк В.Б., Мавликаева Ю.А., и др. Об унификации методических подходов к оценке эффективности реабилитации пациентов с последствиями инсульта на экспертном и реабилитационном этапах с учетом принципов Международной классификации функционирования // *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. — 2017. — №4. — С. 55–69. [Bronnikov VA, Smychek VB, Mavlikateva YA, et al. About unification of methodic approaches to the rehabilitation efficiency estimation in poststroke patients at the expert and rehabilitation stages considering principles of international classification of functioning. *Vestnik Vserossiiskogo obshchestva spetsialistov po mediko-sotsial'noi ehkspertize, reabilitatsii i reabilitatsionnoi industrii*. 2017;(4):55–69. (In Russ.)]
 13. Скланная К.А., Бронников В.А. Медико-социальная реабилитация инвалидов с последствиями инсульта с позиции международной классификации функционирования // *Социальная безопасность и социальное благополучие человека в условиях новой общественной реальности: ресурсы социальной работы: сб. матер. IX Междунар. науч.-практ. конф. ученых, преподавателей, специалистов, аспирантов, магистрантов и студентов, посвященной 25-летию кафедры социальной работы и конфликтологии в Пермском государственном университете / Под общ. ред. З.П. Замараевой, Ю.А. Мавликаевой, М.И. Григорьевой*. — Пермь, 2017. — С. 305–310. [Sklyannaya KA, Bronnikov VA. Mediko-sotsial'naya reabilitatsiya invalidov s posledstviyami insul'ta s pozitsii mezhdunarodnoi klassifikatsii funktsionirovaniya. (Conference proceedings) *Sotsial'naya bezopasnost' i sotsial'noe blagopoluchie cheloveka v usloviyakh novoi obshchestvennoi real'nosti: resursy sotsial'noi raboty: sb. mater. IX Mezhdunar. nauch.-prakt. konf. uchenykh, prepodavatelei, spetsialistov, aspirantov, magistrantov i studentov, posvyashchennoi 25-letiyu kafedry sotsial'noi raboty i konfliktologii v Permskom gosudarstvennom universitete*. Ed. by ZP Zamaraeva, YuA Mavlikaeva, MI Grigor'eva. Perm'; 2017. P. 305–310. (In Russ.)]

Поступила 17.12.2020

Принята к печати 25.01.2021

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Автор, ответственный за переписку:

Бронников Владимир Анатольевич [*Vladimir A. Bronnikov*]; e-mail: info@rehabperm.ru,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1397-6400>

Соавторы:

Григорьева Милана Игоревна [*Milana I. Grigoreva*]; e-mail: metod@rehabperm.ru,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5717-4667>

Скланная Ксения Александровна [*Kseniia A. Skliannaia*]; e-mail: sv@rehabperm.ru,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3197-919X>