

Т.В. Матвейчик



**Направления совершенствования
помощи детям с дизонтогенезом
в инклюзивном образовании**

Т.В. Матвейчик

**Направления совершенствования
помощи детям с дизонтогенезом
в инклюзивном образовании**

Минск
«Ковчег»
2026

УДК 613.955: 376-056.26– 056: 34

ББК 51.28

М33

Автор:

Матвейчик Т.В. – доцент, к.м.н., доцент кафедры гигиены и охраны здоровья детей с курсом повышения квалификации и переподготовки УО «Белорусский государственный медицинский университет».

Рецензенты:

Микульчик Н.В. доцент, к.м.н., заведующий кафедрой педиатрии УО «Белорусский государственный медицинский университет»;

Милькаманович В.В. – профессор кафедры социальной работы и реабилитологии Белорусского государственного университета, к.м.н., доцент.

Матвейчик, Т. В.

М33 Направления совершенствования помощи детям с дизонтогенезом в инклюзивном образовании / Т.В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2026. – 208 с. : ил. ISBN 978-985-884-649-7.

В работе представлены научно-образовательные, теоретические и практические материалы, посвященные анализу направлений совершенствования помощи детям с дизонтогенезом, ознакомлению с опытом успешных практик образования таких ребят в школьной педиатрии.

Рекомендовано для студентов медицинских вузов, учащихся колледжей, практикующих медицинских сестер, помощников врача по амбулаторно-поликлинической помощи, системы дополнительного медицинского образования.

УДК 613.955: 376-056.26– 056: 34

ББК 51.28

ISBN 978-985-884-649-7

© Матвейчик Т.В., 2026

© Оформление.

ООО «Ковчег», 2026

Оглавление

Введение	6
Список сокращений	9
Глоссарий	10
Раздел I. Опыт международной поддержки педагогической и социальной помощи детям с особыми потребностями	19
§ 1.1. Состояние поддержки международных гуманитарных институтов по институционализации поддержки семей с детьми-инвалидами	19
§ 1.2. Понятие о медицинской реабилитации, принципах и этапах осуществления. Отдельные аспекты взаимодействия и медицинской реабилитации детей с особенностями психофизического развития	27
§ 1.3. Педагогический и социальный аспекты институционализации детей с ограниченными возможностями и особыми образовательными потребностями	45
Раздел II. Примеры новаций в оказании помощи детям с особыми потребностями	51
§ 2.1. Примеры по раннему выявлению групп риска по рождению детей в неблагоприятных социально-экономических условиях и работе Центров, дружественных подросткам, организации паллиативной медицинской помощи детям	52
§ 2.2. Психолого-педагогические аспекты организации паллиативной медицинской помощи детям	58
§ 2.3. Метод смехотерапии в лечении и поддержке детей с особыми потребностями	63
§ 2.4. Понятие о переживаниях больного ребенка и факторах, влияющих на развитие внутренней картины болезни	67

§ 2.5. Опыт оптимизации труда медицинского персонала по проекту «Заботливая поликлиника»	79
Раздел III. Результаты анализа и направления действий по совершенствованию помощи детям с особенностями психофизического развития, детям с особыми образовательными потребностями и детям-инвалидам	96
§ 3.1. Понятие о синдроме жестокого обращения и профилактика социального сиротства	96
§ 3.2. О культуре взаимодействия медицинского персонала с родителями и детьми с ОПФР, ДООП, детьми-инвалидами	104
§ 3.3. Безопасность медицинской помощи в уходе и профилактика болезней, связанных с оказанием медицинской помощи	114
§ 3.4. Организация питания как гигиеническая проблема для детей с особыми потребностями в диете	124
§ 3.5. Предложения по разделам совершенствования действий по оказанию комплексной помощи детям с ОПФР, ДООП и детям-инвалидам	134
Литература	153
Приложения	173
Приложение 1. Этапы проведения медицинской реабилитации в зависимости от периода курации пациента и уровня медицинского учреждения	173
Приложение 2. Положение больного в кровати для профилактики пролежней	177
Приложение 3. Информационно-справочные материалы к республиканской акции «Дом без насилия» в 2021 г. ...	178
Приложение 4. Практические советы по предупреждению домашнего насилия	180
Приложение 5. Физические упражнения пациентам 1-го года жизни	181
Приложение 6. Физические упражнения для детей раннего возраста (1-3 г.)	184

Приложение 7. Физические упражнения для детей раннего возраста (3-6 лет)	187
Приложение 8. Основные двигательные навыки у детей раннего возраста (1-3 лет)	193
Приложение 9. Основные двигательные навыки у детей дошкольного возраста (3-6 лет)	196
Приложение 10. Перечень продуктов, <i>запрещенных</i> для питания детей с фенилкетонурией	198
Приложение 11. Перечень продуктов, <i>ограниченно рекомендуемых</i> для питания детей с фенилкетонурией	200
Приложение 12. Перечень продуктов, <i>рекомендуемых</i> для питания детей с фенилкетонурией	201
Приложение 13. Оценка боли невербальных пациентов для новорожденных и детей до 1 года	202
Приложение 14. Шкала рук по выражению боли невербально (Hand Scale) (для пациентов старше 3 лет)	203
Приложение 15. Невербальное выяснение локализации боли у ребенка старше 3 лет	204
Приложение 16. Рейтинговая шкала гримас Вонг-Бейкера (для детей старше 3 лет)	205
Приложение 17. Сведения о поведении при боли у невербальных пациентов с поражением нервной системы ..	206

Введение

Охране материнства и детства, системе государственной поддержки, повышению престижа семейных ценностей в Республике Беларусь уделяется значительное внимание, которое касается, в том числе семей и детей с ограниченными возможностями [1,2].

В одном из посланий белорусскому народу и Национальному собранию Глава государства отметил: «Задача государства – создать условия для тех, кто может работать, и помочь слабым. Все остальное в руках самих людей». «Взаимовыручка, доброта и милосердие – это то, что всегда отличало наших людей. Помощь больным и слабым, защита детей и забота о пожилых издревле почитались у нас святым, богоугодным делом. Эти вековые нравственные ценности мы положили в основу белорусского социального государства – государства для народа. Мы обязательно сохраним социальный характер нашей политики» – было обещано в Программе на президентских выборах 2015 г. и выполняется.

Ориентир на крепкую семью, традиционные духовно-нравственные ценности, рождение и воспитание детей, достижение стабильности и прогресса, возрастание гуманизма общества, развитие элементов биомедицинской этики* (гlossарий) и преемственности поколений – эти ступеньки особенно важны для действий в отношении детей с ограниченными возможностями (дизонтогенезом*), реализации гуманных целей Всемирной программы действий в отношении инвалидов «равенство» и «полное участие» в социальной жизни и развитии с помощью диспансеризации населения*. Это провозглашено в Конвенции ООН «Всемирная программа действий в отношении инвалидов» (рез.37/52 Генеральной Ассамблеи от 3 декабря 1982 г.) и должно иметь равную первоочередность во всех странах независимо от уровня развития [3].

Самую непосредственную поддержку семье, в которой родился нездоровый ребенок, оказывают разные институты: государственные, общества, Церкви, в этом случае крепкий союз мужчины и женщины проверяется тяжелыми жизненными обстоятельствами.

Владыка Вениамин, Патриарший Экзарх всея Беларуси 16.04.2026 г. на республиканском форуме «Смысл. Жизнь. Будущее» высказал свое мнение о смысле и трудностях семьи: «...но, если брак заключается по любви с пониманием того, что нет идеальных людей и надо помогать друг другу в стремлении становиться лучше, тогда все складывается и бывает добрый результат. Только нужно терпение и уверенность...»

Белорусская Церковь 16.05.2026 г. организовала первый Крестный ход о благополучии, мире и взаимопонимании в белорусских семьях, что привлекло внимание населения страны к ряду сложных проблем, которые невозможно решать в одиночку.

Растущее число детей-инвалидов (в мире – 240 млн. инвалидов в результате умственных, физических или сенсорных расстройств; в Республике Беларусь уровень инвалидности за 2020–2025 гг. составил 29 на 10 тыс. детского населения) обязывает изучать возможные причины, внешние и внутренние факторы, провоцирующие неблагоприятную наследственность, предлагать достижимые реальные действия по научно-обоснованному влиянию на такое явление [2,4-6].

В данной работе представлено мнение авторов о направлениях возможных действий комплексной помощи детям с ограниченными возможностями и особыми потребностями в школьном здравоохранении, которое предстоит совершенствовать с учетом новых технологий оказания медико-педагогической и социальной помощи, опыта международного сотрудничества [3,7-12].

Имеющийся опыт совершенствования всесторонней поддержки семей и детей с ограниченными возможностями свидетельствует не только о резервах современной материально-технической помощи с новыми технологиями, но о неготовности общества полноценно включаться в деятельное участие в проблемы тяжело больных детей. Без этого разрозненные усилия ведомств и организаций не будут иметь такой эффективности, которая так нужна ребятам сегодня.

Сердечная благодарность и вечная память нашему Учителю профессору, доктору медицинских наук, руководителю научной школы по общественному здоровью и здравоохранению НАН Беларуси Эдуарду Антоновичу Вальчуку, памяти которого посвящена эта работа.

Признательны за помощь в разработке § 2.2. доценту кафедры гигиены и охраны здоровья детей с курсом ПКиП УО БГМУ, к.б.н. Коледа А.Г., а также главному внештатному специалисту по организации работы медицинских работников со средним медицинским, фармацевтическим образованием Министерства здравоохранения Республики Беларусь Котовой Е.П. за консультирование при подготовке § 3.2.

Авторы будут благодарны за предложения и отклики по улучшению содержания подобной работы.

Список сокращений

- АПО – амбулаторно-поликлиническая организация
БМЭ – биомедицинская этика
ВИЧ/СПИД – вирус иммунодефицита человека /синдром иммунодефицита человека
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ВКБ – внутренняя картина болезни
ВПЧ – вирус папилломы человека
ДООП – дети с особыми образовательными потребностями
ЗОЖ – здоровый образ жизни
ИСМП – инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи
МС – медицинская сестра
МКФ – Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья
НИЗ – неинфекционные заболевания
ОЗ – организация здравоохранения
ОПФР – особенности психофизического развития
Пвр – помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи
ПМП – первичная медицинская помощь
СДВГ – синдром дефицита внимания и гиперактивности
СИЗ – средства индивидуальной защиты
СГМ – социально-гигиенический мониторинг
ФКУ – фенилкетонурия
ЦДП – центры, дружественные подросткам
ЦКРОиР – Центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации
ШТЗ – школа–территория здоровья

Глоссарий

Абьюз – форма уничижительных взаимоотношений между «тираном» и «жертвой», сопровождаемая постоянными воздействиями с помощью моральных издевательств со стороны агрессора., шантажа, угроз, денег, рукоприкладства, Психологическое, физическое или экономическое насилие для достижения своей цели одним из участников.

Аутизм – расстройство, определяемое нарушенным психическим развитием с первых лет жизни и характерным типом аномального функционирования во всех сферах социального взаимодействия (общения), ограниченным набором стереотипных форм поведения, нарушением эмоционального и речевого контакта (МКБ-10).

Барьеры общения – препятствия для взаимодействия людей, факторы, служащие причиной неэффективного взаимодействия, конфликтов или способствующие им.

Биомедицинская этика – этико-прикладная дисциплина, предметом которой выступает нравственное отношение общества в целом, и профессионалов – медиков и биологов – к Человеку, его жизни, здоровью, смерти и которая ставит перед собой задачу сделать их охрану приоритетным правом каждого человека.

Буллинг – изощренная система агрессивного поведения, направленная на запугивание, страх, унижение, боль, травлю, бессилие, это психологический или физический вред. Последствия: тревога, снижение самооценки, нарушение социализации, депрессия. Более тяжелая форма группового буллинга – моббинг.

Валеологическая грамотность – понимание человеком сущности здоровья и здорового образа жизни (ЗОЖ), четко выраженная мотивация на здравотворчество, мо-

ральная готовность соблюдать ЗОЖ, сохранять и укреплять свое здоровье наряду с реализацией собственных интересов и способностей, бережное отношение к здоровью других людей.

Дефект – любая утрата психической, физиологической или анатомической структуры, или функций, или отклонение от нее.

Дизонтогенез – нарушение нормального развития организма или его психики на любом этапе онтогенеза.

Диспансеризация населения – комплекс медицинских услуг, оказываемых в целях проведения медицинской профилактики, определения групп диспансерного наблюдения, пропаганды здорового образа жизни и воспитания ответственности граждан за свое здоровье.

Инвалид – человек с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать его полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими людьми (Закон «Оправах инвалидов и их социальной интеграции»).

Инвалидность – результат взаимодействия между имеющими нарушения здоровья людьми отношенческими, средовыми барьерами, которые мешают их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими людьми (Закон «Оправах инвалидов и их социальной интеграции»).

Инвалидность – социальная недостаточность, обусловленная нарушением здоровья (заболеванием, анатомическим дефектом, травмой) со стойким расстройством функций организма, приводящим к ограничению жизнедеятельности человека и необходимости социальной защиты. Также это результат взаимодействия, которое происходит между имеющими нарушения здоровья людьми,

препятствиями в отношениях и средовыми барьерами, которые мешают их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими. Помимо этого, инвалидностью считают любое ограничение или отсутствие (в результате дефекта) способности осуществлять ту или иную деятельность таким образом, или в таких рамках, которые считаются нормой для человека (ВОЗ, 1982).

Инклюзия – включение всех обучающихся вне зависимости от их особенностей (психофизических, культурных, социальных, языковых и т.д.) и способностей в общую образовательную систему основного и дополнительного образования населения, учитывающую особые образовательные потребности, оказывающую необходимую поддержку и равный доступ всех обучающихся к получению ими качественного образования.

Инклюзивное образование – особый подход в организации образования для детей с дизонтогенезом. Форма обучения, при которой каждому ребенку, независимо от имеющихся физических, интеллектуальных, социальных, эмоциональных и других особенностей предоставляется возможность учиться в общеобразовательных учреждениях. Для таких детей создаются специальные условия: перепланировка учебных помещений, новые методики обучения, адаптированный учебный план, использование особых технических устройств, создание без барьерной среды для учебы, измененные методы оценки и др. Это образование нацелено на обеспечение более гибкого подхода к медико-психолого-педагогическому сопровождению детей с особенностями психофизического развития (ОПФР) и детей-инвалидов для удовлетворения их потребностей в обучении и социализации в обществе благодаря институционализации*.

Индекс инклюзии – инструмент оценки уровня инклюзивного образования (культуры, политики и практики) в учебных заведениях, направленный на вовлечение

всех учащихся, включая детей с особыми образовательными потребностями (ООП), в академическую и социальную жизнь школы.

Институционализация (установка, обычай) – процесс превращения новых социальных практик и норм в устойчивые, действующие продолжительно в рамках социальных институтов.

Интеграция – получение образования в специальных интегрированных классах (группах) с созданием особой коррекционно-развивающей среды.

Искусственный интеллект – комплекс инструментов, позволяющих решать задачи уровня человеческого интеллекта (восприятие, обучение, рассуждение, решение проблем и принятие решений) и реализованных машинами, в частности компьютерными системам (Д. Маккарти, 1956).

Коморбидность – (от лат. – «со» – вместе + «morbus» – болезнь) – наличие нескольких хронических заболеваний, связанных между собой единым патогенетическим механизмом, осложняющим диагностику, прогноз и лечение пациента.

Конгруэнтность – полное соответствие внутреннего состояния пациента, связанного с переживанием тех или иных потребностей, мыслей и чувств, внешним проявлениям в коммуникации, т.е. тому, что и как он говорит.

Консенсус – единодушное общее согласие, договоренность, характеризующееся отсутствием серьезных возражений по существенным вопросам у большинства заинтересованных сторон, достигаемые в группе, коллективе путем процедуры, стремящейся учесть мнения всех сторон и сблизить несовпадающие точки интересов посредством открытого выражения взглядов, мнений, последующего обсуждения с целью достижения приемлемого для всех решения.

Медицинская абилитация – комплекс медицинских услуг, направленных на формирование, развитие и поддержание функций органов и систем организма пациента, а также возможностей и способностей человека, естественное становление которых затруднено.

Медицинская реабилитация – комплекс медицинских услуг, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных в результате заболевания функций органов или систем организма пациента.

Медицинская психология – прикладная отрасль психологии, которая сформировалась на стыке психологии и медицины, использующая понимание психологических закономерностей в медицинской практике: диагностике, лечении и профилактике заболеваний.

Медико-социальная экспертиза – установление инвалидности, группы инвалидности, категории «ребенок-инвалид» и степени утраты здоровья, причины инвалидности, даты наступления и срока инвалидности, дополнения к экспертному решению..., степени утраты профессиональной (общей) трудоспособности в процентах при страховых и иных случаях, предусмотренных законодательством.

Негативизм – немотивированное поведение, проявляющееся в действиях, намеренно противоположных требованиям и ожиданиям других индивидов или социальных групп.

Нетрудоспособность – ограниченность конкретного индивидуума, вытекающая из дефекта или инвалидности, которая препятствует или лишает его возможности выполнять роль, считающуюся для этого индивидуума нормой в зависимости от возраста, пола, социальных и культурных факторов. Это также невозможность вследствие

медицинских или социальных противопоказаний продолжать привычную профессиональную деятельность; это временное или длительное лишение индивидуальной активности в результате острой или хронической болезни, в течение которой человек лишен обычного уровня активности, может носить обратимый характер, проходящий под влиянием лечения.

Профилактика медицинская – комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение и укрепление здоровья пациента, формирование ЗОЖ, снижение вероятности возникновения и распространения заболеваний и патологических состояний, их раннее выявление, установление причин и условий их возникновения и развития, а также на предотвращение неблагоприятного воздействия на здоровье человека факторов среды его обитания.

Паллиативная медицинская помощь – вид медицинской помощи, оказываемой при наличии у пациента неизлечимых, ограничивающих продолжительность жизни заболеваний, требующих применения методов оказания медицинской помощи, направленных на избавление от боли и облегчение других проявлений заболеваний, когда возможности иных методов оказания исчерпаны, в целях улучшения качества жизни пациента.

Партисипативность в медицине – культура участия или соучастия людей, подразумевающая включение пациента в достижение цели здоровья на основе информированного согласия, наделение личной ответственностью за несоблюдение врачебных предписаний.

РАС – особый тип психического дизонтогенеза – дезинтегративный дизонтогенез с асинхронией, дефицитом социального взаимодействия, ограниченными моделями поведения, присутствием с раннего возраста ребенка и ограничением повседневного функционирования, чаще

всего вследствие генетической предрасположенности (до 25%).

Сегрегация – обучение на дому либо в специальных учреждениях образования детей с дизонтогенезом.

Статус питания – определенное состояние здоровья, формирующееся под влиянием предшествующего фактического питания и генетически обусловленных особенностей метаболизма питательных веществ и энергии (синонимы: пищевой, трофический, нутриентный, нутритивный, алиментарный статус).

Социально-гигиеническая адаптированность – совокупность качеств личности, умений и навыков, обеспечивающих успешность последующей жизнедеятельности.

Социальная фасилитация – стимулирующее влияние поведения одних людей (наблюдение за действиями индивида, соперника) на деятельность других, в результате которого их деятельность протекает интенсивнее (например, одни спортсмены улучшают результаты при поддержке болельщиков, другие – тренируясь в уединении; каким-то пациентам необходима психологическая поддержка при известии о фатальном заболевании, другим – одиночество и молчание).

Смехотерапия (гелотолечение) (греч. гелос – смех) – техника применения терапевтического юмора различными специалистами, направленная на улучшение понимания пациентом себя, своего поведения, настроения, создающая позитив душевного состояния как прием психотерапии. Помогает человеку увидеть и открыть различные нелепости жизненных ситуаций, нормализует физическое и эмоциональное самочувствие, направляет к более высокому уровню разрешения проблемы, увеличивает желание познания и духовно обогащает.

Социально-гигиенический мониторинг (СГМ) – система сбора, анализа и оценки информации о состоянии

жизни и здоровья населения в зависимости от качества среды обитания человека; в целях выявления уровней и оценки риска для жизни и здоровья населения и разработки мероприятий, направленных на предупреждение, уменьшение и устранение неблагоприятного воздействия на организм человека факторов среды его обитания. СГМ проводит Министерство здравоохранения Республики Беларусь в порядке, определяемом Советом Министров Республики Беларусь.

Управление здоровьем – комплекс воздействий на организм с целью стабилизировать его положение в пространстве состояний (профилактика) и как максимум обеспечить перемещение организма по траектории от болезни к здоровью (реабилитация). *Меры*: поддерживающие, регулирующие и управляющие. *Режимы*: саморегуляция, регуляция и управление.

ФАС (фетальный алкогольный синдром) – перinataльная особая возможная причина синдрома дефицита внимания и гиперактивности, проявляющаяся анте- или постнатальным поражением нервной системы, нарушением роста тела у младенцев от матерей, употреблявших алкоголь во время беременности. Последствия включают физические, умственные, поведенческие ограничения в обучении с возможными пожизненными последствиями.

Функционирование – центральная категория для оценки потребностей пациентов, планирования медицинской помощи и мониторинга результатов медицинских и социальных вмешательств на пути достижения Целей устойчивого развития ООН.

Цифровизация – новый формат медицинской отрасли, совокупность компьютерных программ для управления системой здравоохранения на всех уровнях оказания медицинской помощи, цифровых диагностических систем, программ поддержки клинических решений и

сервисов, гаджетов для дистанционного взаимодействия средних медицинских работников с врачом, для удаленного мониторинга жизненных показателей пациента. Цель: совершенствование качества медицинской помощи посредством прямого обмена информацией между всеми уровнями ее оказания и внедрение информационной поддержки организаторов здравоохранения, врачей и пациентов посредством информационно-коммуникационных технологий, обеспечивающих полноту и достоверность медицинской информации.

Эффективная коммуникация – свершившийся коммуникационный акт, в результате которого достигнуты поставленные для взаимодействия цели. Для ее осуществления коммуникатор должен обладать специальным набором навыков общения, которые помогают задействовать чувства и эмоции человека, чтобы добиться от него ожидаемого результата.

Раздел I. Опыт международной поддержки педагогической и социальной помощи детям с особыми потребностями

§ 1.1. Состояние поддержки международных гуманитарных институтов по институционализации поддержки семей с детьми-инвалидами

Актуальность: возрастание до 10,2% числа детей с особенностями психофизического развития (ОПФР) и детей-инвалидов* (гlossарий) за 2019–2025 гг. в Республике Беларусь вызывает необходимость изучения направлений совершенствования комплексной помощи таким детям и их семьям [8,13-16] в образовательных программах студентов медицинских вузов, учащихся колледжей и дополнительном образовании практикующих медицинских работников.

Достаточное количество квалифицированных кадров необходимо для обеспечения не только доступности медицинской помощи для всего населения страны, но эффективности и квалификации имеющихся трудовых ресурсов («назначение нужных людей на нужное рабочее место в нужное время», как употребил этот термин П.Ф. Друкер) [17]. В связи с этим одним из важных этапов управления медицинскими кадрами является обучение и развитие, следующие за анализом, планированием и прогнозированием персонала в учреждениях образования, в которых обучаются дети с ОПФР, дети, нуждающиеся в особых образовательных потребностях (ДООП), дети-инвалиды. Специалисты в этих учреждениях нуждаются в дополнительных знаниях по особенностям работы с детьми с дизонтогенезом в системе инклюзивного образования*[14,18].

Преимущество содержания образовательных программ среднего специального, специального высшего об-

разования, дополнительного образования взрослых способствует возможности повышать квалификацию, проходить переподготовку, стажировку на основе практико-ориентированности обучения, так необходимого для тех, кто посвятил себя работе со сложной категорией детей и подростков, особенно в связи с ростом потребности в таких специалистах [14-16,19].

Изучение опыта успешных проектов «Больница, доброжелательная к ребенку», «Заботливая поликлиника», применение технологий ответственного родительства в Центрах, дружественных подросткам, женских консультациях, АПО и иных местах [18,20-25] позволяют тиражировать подобный опыт в отношении используемых форм и методов обучения медицинских работников в отношении особенно нуждающихся в комплексной и многосторонней помощи детей и подростков с ОПФР или детей-инвалидов. Инклюзия*, интеграция* и институционализация* должны быть шире представлены в деятельности специалистов, поскольку медицинские, социальные, педагогические, юридические аспекты их работы переходят в форму междисциплинарного и межведомственного взаимодействия, однако недостаточно освещены в учебных программах для разных специалистов [14,16,18,26,27].

Цель: проведение анализа состояния медицинской, педагогической и социальной помощи детям с ОПФР в настоящее время для определения совершенствования комплексной поддержки таким детям и их семьям в разделах учебных программ для медицинских, педагогических и социальных работников.

Задачи: осуществление анализа состояния медицинской помощи детям с отклонениями в состоянии здоровья и дизонтогенезом; сделать анализ состояния поддержки международных гуманитарных институтов по институционализации поддержки семей с детьми-инвалидами; изучить направления оказания медицинской реабилитации*,

педагогической и социальной помощи особому контингенту детей и подростков с ОПФР; предложить научно-обоснованные меры по оптимизации доступа к профессии детьми с особым состоянием здоровья в соответствии с возможностями их организма, рекомендациями гуманитарных институтов, выявить места возможной оптимизации обучения в системе базового и дополнительного медицинского образования.

Ключевые слова: абилитация, валеологическая грамотность*, дети с особенностями психофизического развития, комплексная помощь, медицинские сестры, медицинская реабилитация*, нормативное законодательство, ответственное родительство, помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи.

Материал и методы: аналитический, библиографический, статистический, сравнительный.

Результаты и обсуждение. Работа с молодежью, подрастающим поколением и семейными ценностями остаются приоритетом социально-экономической политики государства [2,9,23,29-31,34].

Наиболее подробно на семейно-брачных отношениях, их значении для жизни общества, тенденциях развития социальной политики, путях поддержки мотивации молодых людей на создание прочных, проверенных временем, союзов мужчины и женщины, мы останавливались ранее [20,25,32,33]. В данном контексте уместна цитата Lee, поясняющая идею семейных обязанностей для ситуации с появлением в ней больного ребенка: «Семья в гармонии — это не выполнение обязанностей, а общая реальность, создающаяся сообща и непрерывно. И дело тут не в уважении, не в терпении и не в романтике, а в едином пространстве созидания... это состояние переживания совместной реальности», добавим — ежедневного общего труда для поддержания жизни и ее качества для беззащитного зависимого ребенка.

Анализ Национальной стратегии устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь до 2030 г., доклада ВОЗ [2,5,24,35,36] свидетельствуют о том, что материально-техническое обеспечение труда в АПО, созданные условия функционирования системы здравоохранения, кадры и научное сопровождение позволяют приступить к развитию совершенствования помощи детям с ОПФР и инвалидов с выделением приоритетов международного сотрудничества [2,3,7,27,29,30,37,41,45].

Важными институтами международного взаимодействия в области здравоохранения является Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Организация объединенных наций (ООН) – Детский фонд ЮНИСЕФ, Международный совет медицинских сестер (ISN), Международный совет акушеров [24,25,45,46].

Комплексная помощь особой категории детей и подростков включает медицинскую, педагогическую и социальную помощь, базирующиеся на функционировании*. В данной работе рассмотрим эти составляющие, возможности инклюзии* на основе институционализации, которые могут обеспечивать качество жизни детей с ОПФР, ДООП и инвалидов [47,48-51].

Примером поддержки международных гуманитарных институтов по институционализации поддержки семей с детьми-инвалидами является нормативно-правовая и финансовая поддержка таких институтов, как ООН и его Детский фонд ЮНИСЕФ, ВОЗ и др. Министерство здравоохранения Республики Беларусь постоянно обновляет нормативную правовую базу для оказания помощи учащимся в возрасте до 18 лет в учреждениях образования [27,41,52-56], устанавливая приоритет вызова бригады скорой медицинской помощи как экстренный, обеспечивая немедленный выезд реанимационных (врачебных)

бригад на выезд по поводу внезапного ухудшения состояния здоровья учащихся и угрожающих жизни ребенка состояниях.

Одним из документов, способствующих анализу совершенствования комплексной помощи особым детям, является Страновая программа ЮНИСЕФ на 2021–2025 гг. и знакомство с приоритетами нового этапа сотрудничества этой же программы на 2026–2030 гг.

Из материалов документа следует, что деятельность ЮНИСЕФ будет сосредоточена прежде всего на двух национальных приоритетах: обеспечение национальной демографической безопасности будет осуществляться через поддержку здоровья матерей и детей [20,24], развитие услуг раннего развития и раннего вмешательства [57], продвижение инициатив «Больница, доброжелательная к ребёнку», развитие человеческого потенциала и качественного образования [59-63] посредством совершенствования инклюзивного образования [14-16], продвижения цифрового обучения и разработки программ профессиональной ориентации с учетом перспективных профессий [13,28,63-69].

За 2020–2025 гг. в Республике Беларусь добились определенных результатов в сферах раннего вмешательства, инклюзивного образования, защиты детей от насилия [6,13,18,36,51,58,59,71], что позволяет совершенствовать оказание своевременной помощи детям с ОПФР или риском их возникновения в возрасте от 0 до 3 лет, позволяющая предотвратить развитие инвалидности [28,7].

Справка. При поддержке ЮНИСЕФ в настоящее время функционируют 58 Центров раннего вмешательства, а с 2023 г. их услугами воспользовались более 150 тыс. детей. Был создан и оснащён Центр инклюзивного питания на базе Минского городского центра медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями (с 1980 г.), который оказывает методическую

поддержку специалистам по организации питания для детей с тяжёлыми нарушениями развития, включая детей, находящихся на паллиативном уходе – одной из наиболее уязвимых групп, которой ЮНИСЕФ уделяет особое внимание.

В сфере образования ЮНИСЕФ поддержала разработку ключевых стратегических документов и инструментов мониторинга, включая Стратегию развития инклюзивного образования до 2035 года, Стратегию подготовки педагогических работников, концепцию подготовки дефектологов, а также индекс инклюзии*, позволяющий измерять прогресс в развитии инклюзивного образования.

Справка. В 2025 г. ЮНИСЕФ совместно с Белорусским государственным педагогическим университетом им. М. Танка завершил пятилетний проект по профилактике буллинга* и кибербуллинга «Дружественная и поддерживающая среда в школе». В проекте приняли участие 43 школы из всех регионов Беларуси, 17 471 учащийся и 42 педагога-ментора.

Для оценки успешности оказания комплексной помощи семьям, воспитывающим детей с ОПФР, а также детей с особыми образовательными потребностями (ДООП) необходимы отправные точки для сравнения динамики процессов. Инструментом для оценки уровня инклюзивного образования (культуры, политики и практики) в учебных заведениях, направленным на вовлечение всех учащихся, включая детей с особыми образовательными потребностями (ДООП), в академическую и социальную жизнь школы, является индекс инклюзии*.

Ключевые аспекты индекса инклюзии:

Функционирование: позволяет количественно (в баллах) оценить готовность школы к инклюзии, проанализировать среду, ценности и качество образовательного процесса.

Составные части: охватывает три основных блока: инклюзивная культура (ценности), инклюзивная политика (правила) и инклюзивная практика (процесс обучения).

Цели: создание благоприятной, поддерживающей среды, снижение изоляции, обеспечение участия всех детей и взрослых, а также обоснование необходимости перемен в школе.

Финансирование: в ряде систем (например, в Республике Беларусь) используется как показатель для дополнительного финансирования учреждений, обучающих ДООП.

Для ориентирования направления пути от индекса инклюзии к Национальной стратегии по инклюзивному образованию имеет смысл оценить мнения участников масштабного проекта «Инклюзивное образование: благоприятная среда для развития потенциала каждого ребенка» 2022–2025 гг. (по материалам «Настаўніцкай газеты» от 24.09.2025 г.).

Проект реализовывался в 2022–2025 гг. Министерством образования Беларуси совместно с Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) при финансовой поддержке правительства Российской Федерации. Его итоги были представлены во время круглого стола, который собрал представителей государственных органов, педагогического сообщества и международных организаций.

Как отмечала заместитель начальника Главного управления общего среднего и дошкольного образования – начальник отдела дошкольного образования Минобразования Беларуси А. Давидович, проект был созвучен приоритетам образовательной политики страны: «Речь идет о создании условий в школах и детских садах для всех категорий детей, в том числе без особенностей психофизического развития, но с особыми образовательными потребностями, которые необходимо учитывать при органи-

зации учебного процесса. Мы понимаем, что инклюзивное образование – непрерывный процесс, и завершение проекта – это не финал, а старт нового этапа. Все созданные документы, стандарты, программы и ресурсы будут интегрированы в повседневную работу системы образования».

Инициатива охватила все регионы страны: 118 учреждений образования (59 школ и 59 детских садов) стали пилотными площадками. В результате была разработана Национальная стратегия по развитию инклюзивного образования в Республике Беларусь до 2030 г., скорректированы образовательные стандарты, учебные планы и программы с учетом принципа инклюзии. Всё это – гарантия долгосрочности и устойчивости начатых преобразований.

Работа велась по пяти направлениям: совершенствованию законодательства, созданию научно-методического и материально-технического обеспечения, развитию профессиональных компетенций педагогов, поддержке инклюзии через центры образования (для детей и их родителей), формированию сети инклюзивных учреждений. В рамках проекта белорусская сторона изучила опыт коллег из Москвы, Санкт-Петербурга и Смоленска. Это позволило адаптировать образовательные стандарты и обмениваться наработками.

Вывод: в отношении детей с ОПФР и ДООП совершенствуется практика осуществления им комплексной медико-социально-педагогической помощи, в чем системы здравоохранения, образования и социальной защиты страны действуют совместно с международными практиками и международными гуманитарными институтами.

§ 1.2. Понятие о медицинской реабилитации, принципах и этапах осуществления. Отдельные аспекты взаимодействия и медицинской реабилитации детей с особенностями психофизического развития

Определенная часть заболеваний у современного человека завершается полным выздоровлением, либо достижением стойкой ремиссии, достижению которой способствует медицинская реабилитация*. Целенаправленному процессу, направленному на предотвращение инвалидности и помощи пациенту в достижении максимально возможного уровня физического, психического, профессионального, социального и экономического благополучия в рамках существующего заболевания, в системе оказания медицинской помощи Республики Беларусь уделено значительное место [1-3,9,29,46,51,87].

Особое значение имеет понятие медицинской реабилитации*, которое нашло отражение в действующей редакции Закона «О здравоохранении» и будет отражено в Кодексе по здравоохранению, поскольку оно ориентировано на детей-инвалидов, родившихся с нарушениями жизнедеятельности и направлено на их адаптацию к полноценной жизни с раннего возраста.

Реабилитология как наука изучает закономерности восстановления трудоспособности и социальной интеграции пациентов, включая лиц с инвалидностью с целью предупредить или минимизировать негативные последствия болезней или травм с оптимальным восстановлением утраченных биологических и социальных функций. Адаптация ребенка к жизни включает три направления: оптимизацию выявления и лечения, комплексную вторичную профилактику осложнений или последствий болезни и динамическое наблюдение за пациентом в созданных государством и семьей условиях для жизни и образования

ребенка. ВОЗ определяет реабилитацию как одну из четырех задач современной медицины наряду с укреплением здоровья будущих родителей, профилактикой и лечением заболеваний и ориентирует на работу с детьми-инвалидами. Эффект от восстановительных мероприятий могут получить до 80% детей.

В стратегических документах ВОЗ функционирование* рассматривается как один из ключевых результатов деятельности системы здравоохранения [47-51,73]. В рамках инициативы «Rehabilitation 2020: A Call for Action» [48] подчеркивается идея о необходимости системного развития медицинской реабилитации, особо востребованная в связи с показателями статистики инвалидности детского населения [47-51]. На деятельность по оценке потребностей пациента и планированию медицинской помощи повлияло научное изучение изменения должностных обязанностей специалиста Пвр, возрастание его места и роли в модели оказания первичной медицинской помощи (ПМП), выявление медико-социальных эффектов деятельности также и акушерок [25,42-44,62,69].

Известно также, что в Глобальном плане действий ВОЗ по инвалидности (2014–2021) функционирование с помощью мониторинга результатов медико-социальных вмешательств было включено в путь достижения Целей устойчивого развития (ЦУР) ООН [7,12,46,47,49,74,91].

Согласно Глобальной стратегии в области здравоохранения на 2025-2028 гг. предстоит осуществлять многосторонне направленные действия с целью укрепления, обеспечения и защиты здоровья всех людей во всем мире на основании:

- широкого внедрения подхода, основанного на первичной медико-санитарной помощи, в интересах обеспечения санитарно-эпидемиологической безопасности;
- уважения и расширения национального лидерства со стороны медицинских работников;

- поддержания постоянного акцента на достижении позитивной осуществленной помощи людям с ограничениями в разных странах с помощью меж секторального сотрудничества, укрепления партнерств, публикации международного опыта;

- реализации права на здоровье для преодоления препятствий дальнейшим формированием без барьерной среды на пути к обеспечению благополучия для инвалидов.

Социально ориентированному государству и системе здравоохранения Республики Беларусь предстоит решать стратегические задачи: «Широкое внедрение подхода, основанного на первичной медико-санитарной помощи, в интересах обеспечения санитарно-эпидемиологической безопасности; воздействовать на детерминанты здоровья и первопричины нарушений здоровья; расширять охват услугами здравоохранения и финансовую защиту» [5,9,25,75,76].

Перспективы просматриваются в сотрудничестве нашей страны с таким институтом, как ВОЗ, вклад которой способствует решению разнообразных задач странами-членами:

- укреплению лидерского места в сфере здравоохранения: организаторской роли, формированию повестки дня [7,37,78], партнерскому сотрудничеству и коммуникации в интересах выполнения цели «никого не оставить без внимания», включая инвалидов;

- созданию глобальных общественных благ в сфере здравоохранения: высококачественных научных исследований, нормативных, технических и статистико-аналитических продуктов для достижения реального воздействия на уровне стран [8,13,25,44,47,72,73,75,80-82,97];

- адресной поддержке стран: дифференцированному подходу к сотрудничеству со странами для ускорения прогресса в области здравоохранения.

Конвенция о правах инвалидов принята на шестьдесят первой сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией №61/106 от 13 декабря 2006 г. Для реализации положений Конвенции постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 13.06.2017 г. №451 утвержден Национальный план действий по реализации в Республике Беларусь положений Конвенции о правах инвалидов на 2017-2025 годы. Примером международного сотрудничества явился доклад Республики Беларусь на XXXI сессии Комитета по правам инвалидов Организации Объединенных Наций 20-21 августа 2024 г.

Концептуальной основой данного подхода является Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Она предложена ВОЗ как универсальная биопсихосоциальная модель здоровья [49].

Основой действенной помощи пациентам с ОПФР, детям-инвалидам и подросткам с расстройствами поведения является оказание комплексной медико-социально-педагогической реабилитации* (абилитации)*, осуществляемой на традиционных принципах в соответствии с этапами, учитывающими возраст ребенка, действующими нормативами деятельности, этап курации, прогноз [3,28, 29,47,66,73,83,88], положениями биомедицинской этики* [84-86,89,90].

Основным инструментом планирования помощи детям с особенностями развития служит индивидуальная программа, базирующаяся на принципах государственной поддержки; раннем начале мероприятий по вторичной профилактике инвалидности; непрерывности, последовательности, преемственности; комплексности помощи с участием мультидисциплинарной команды. Сочетание общего и местного действия реабилитации, поскольку «восстановление – это не только возвращение к прежней жизни, но и открытие новых возможностей» (Винсент ван

Гог) позволяет реализовывать девиз для молодых инвалидов «вместо пенсии – реабилитация» с использованием социальной направленности реабилитационных мероприятий, а также использование методов контроля за адекватностью нагрузок и эффективностью реабилитации посредством социально-гигиенического мониторинга* (СГМ) [13,69,70,73,82,83].

Развитие медицинской реабилитации детям с ограничениями обусловлено в первую очередь показателями медицинской статистики [19,46,81].

Так, в 2024 г. зарегистрирован рост показателей первичной инвалидности детей с 2018 г. с 21,7 до 28,56 на 10 тыс. детского населения, более всего зафиксировано психических расстройств (10,78 на 10 тыс. детского населения), болезней костно-мышечной и соединительной ткани (2,94 соответственно) и болезней нервной системы – 3,01 соответственно.

Данная информация повлияла на организационно-управленческие действия Министерства здравоохранения Республики Беларусь, в результате которых система медицинской реабилитации для детей представлена 94 отделениями медицинской реабилитации, среди которых 56 находится в амбулаторно-поликлинических организациях (АПО), а 38 – в стационарах, причем профильные койки составляют для психоневрологических пациентов 29,9%, ортопедотравматологические – 18,8%, пульмонологические – 18,9%, кардиологические – 11,6%, нефрологические – 5,6%. Дети-инвалиды составляют 9,4% от всех госпитализированных (2024 г.) [19].

Важным в работе педиатра с семьей ребенка с особыми потребностями является экспертиза, поэтому с учетом потребностей настоящего времени в законодательстве пересмотрены вопросы, регламентирующие медико-социальную экспертизу*. Инвалидность I группы определяется сроком три года; для инвалидности II или III группы – на

два года. Новым стало расширение функций кабинета медико-социальной реабилитации медико-реабилитационных комиссий для пациентов детского возраста и регламентирование сроков ее проведения – 30 календарных дней. Конкретизированы и обновлены не только положения Закона Республики Беларусь от 18.06.1993 №2435-XII «О здравоохранении», но принято постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июня 2021 г. №77 «О вопросах проведения медико-социальной экспертизы».

Этот документ конкретизирует перечень анатомических дефектов, при которых устанавливается инвалидность; степень утраты здоровья у лиц в возрасте до восемнадцати лет; критерии установления инвалидности у лиц старше восемнадцати лет; критерии установления причины инвалидности; сроков установления инвалидности у лиц в возрасте до восемнадцати лет; дополнения и формы оформления медицинских документов. Такие нормативные акты облегчают медико-социальную экспертизу детям и подросткам, описывает осуществление этапов медицинской реабилитации.

Этапы медицинской реабилитации детям в зависимости от периода курации:

- 1 – восстановление функциональной способности в острый период, в стадии обострения (рецидива) или в острый период травмы, послеоперационный период;
- 2 – восстановление адаптации* к повседневному существованию после окончания острого (подострого) периода заболевания или травмы, при хроническом течении основного заболевания вне обострения;
- 3 – вовлечение в учебный (трудовой) процесс после окончания острого (подострого) периода или травмы, при хроническом течении заболевания вне обострения (прил.1);
- 4 – диспансеризация реабилитированных лиц.

Внимание к семьям, воспитывающим детей с расстройствами нейропсихологического развития, обусловлено негативными показателями медицинской статистики и ростом первичной детской инвалидности у детей до 18 лет, занимающих лидирующие позиции. Так, вследствие аутизма*, например, они возросли с 2018 г. по 2024 г. с 1,38 до 6,36 на 10 тыс. детского населения [92], а распространенность оценивают, как 1-2 на 1 тыс. детского населения [93].

Нарушения внимания, гиперактивность и импульсивность у детей (синдром дефицита внимания и гиперактивность* – СДВГ), ведущие к нарушениям социального и академического функционирования, выявлены у 6,5% детей в возрасте 3-15 лет [73]. Близкие результаты мировых эпидемиологических исследований распространенности СДВГ у детей, составляют 6,7-7,8%. Дезинтегративный дизонтогенез с асинхронией* (РАС), обусловленный генетической предрасположенностью к поражению центральной нервной системы, имеет распространенность около 6 на 1 тыс. детей, а в Южной Корее – 2,6%% [93].

Внимание к особым детям связано также с тем, что они входят в группу высокого риска развития синдрома зависимости от психоактивных веществ и в 25% случаев приводят к формированию асоциальной личности, у них в 2 раза чаще СДВГ сопровождался симптомами «поведения, нарушающего установленные правила» и «симптомами социальных проблем» [73]. Не сформированность части психических функций у детей с СДВГ вызывают потребность в реабилитации и абилитации.

Данная методика разработана в виде алгоритма для специалистов реабилитации диагностического, реабилитационно-экспертного и образовательного этапов диагностики для педагогов, дефектологов, психотерапевтов [73]. Известна экономическая эффективность реализации данной методики, составившая 34 265,6 руб.

Помимо прочего, актуально изучение связи СДВГ с ожирением у детей (более 95-й перцентили для алиментарного ожирения и 97-й перцентили для морбидного ожирения по центильным таблицам) [23], являющегося предиктором развития морбидных форм детского ожирения, если ребенок мужского пола и у него имеются нарушения личностного функционирования (замкнутость/депрессия) в сочетании с трудностями преодоления стресса и психологических нагрузок. В итоге это становится не только медицинской, но и социально-экономической проблемой такого ребенка [73,79,94-97,145-148].

Исследованиями [73,79,95,96] было установлено, что 38,7% детей с СДВГ имели разные формы ожирения (алиментарное было у 10,8%, морбидное – у 27,9%), анализ выявил частоту СДВГ в 2 раза выше, что могло влиять на трудности преодоления стресса и повышенную тревожность этих детей, влияющую не только на объективную диагностику ограничений функционирования этих детей, но и методы реабилитации с оценкой ее эффективности.

Исходя из конечной цели реабилитации детей-инвалидов, это устранение нарушения, уменьшение изменений и компенсация нарушений функций, что в конечном итоге приведет к минимизации или устранению имеющихся ограничений жизнедеятельности – и, следовательно, повышению качества жизни* пациента (больного, инвалида).

Функциональная действующая единица в осуществлении задач и достижении целей – мультидисциплинарная бригада, состоящая из не менее чем из 8 специалистов-врачей: реабилитолога, врача ЛФК, физиотерапевта, психотерапевта (психолога), а также инструктора-методиста по физической реабилитации, инструктора по ЛФК, инструктора-методиста по эрготерапии, учителя-дефектолога (логопеда).

При поддержке Министерства образования Республики Беларусь в Парке высоких технологий с 2024 г. была

создана, прошла апробацию и успешно реализуется первая в стране программа дополнительного индивидуального образования «Информатика без розетки – для каждого ребенка с ОПФР в возрасте 6-7 лет, создающая условия для успешной социализации детей, в том числе, с аутизмом.

Создан набор методик для оценки степени развития общих и специфических ментальных функций, базисных учебных навыков по кодам (доменам, или сферам проявления признаков) Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), использованной как дополнение к МКБ-10* [67,92,111]. МКФ использует буквенно-цифровые коды со степенью отражения имеющихся нарушений психических функций (b), степень нарушения активности и участия (d) у ребенка с аутизмом [92].

Имеющие место демографические тенденции по отношению к детям, нуждающимся в особых подходах организации помощи в форме инклюзии*, профориентации, институционализации* [13-15,18,19,67,98-100], требуют поиска интегральных показателей, позволяющих отражать реальные потребности этой категории детей.

Следует понимать, что в группу риска детей с асоциальным поведением в силу особенностей биологических причин (дизонтогенеза) и воспитания включены дети-сироты, воспитывающиеся в домах ребенка и домах-интернатах с рождения. Они, как и дети с инвалидностью, заслуживают того, чтобы медицинские и педагогические работники учитывали данный аспект (психогенный пара-аутизм, нарушение связи мать-дитя в связи с сиротством) [73,93,100-102,109].

Возрастные изменения у таких ребят могут происходить резко или постепенно, стабильные периоды перемежаются с кризисами, для которых присущи возрастные границы и свойства.

Критические периоды особого внимания к детям-сиротам с дизонтогенезом:

- первый возрастной кризис – период новорожденности (адаптация к внеутробной жизни, может проявиться фетальный алкогольный синдром* (ФАС). Его особые проявления: микроцефалия у 90%, ведущая к задержке психомоторного развития, документирование трех лицевых отклонений (сглаживание носогубного желобка, истончение каймы верхней губы, короткие глазные щели); фиксация дефицита роста и веса, а также отклонений со стороны центральной нервной системы, документирование употребления беременной алкоголя.

Все эти нарушения впоследствии ведут к нарушению интеллекта, поведения детей, тревоге, стойкой дезадаптации или инвалидности, об этих последствиях для ребенка должна знать каждая беременная) [20,31,32,43,44,59,61,99,101];

- второй период кризиса – 1 года жизни (становление ходьбы, задержка речи, проявления чувств и воли. У детей с ФАС нарушена тонкая моторика в 18% случаев, крупная – у 33%, речь – на 6%);

- третий период – кризис 3 года жизни (негативизм*, строптивость и упрямство, у детей с ФАС навыки социальной адаптации снижены на 39%);

- четвертый возрастной кризис – кризис 7 лет (адаптация к школе с утратой ребенком непосредственности, утяжелением дефицита эмоций, интеллекта, воли, формированием самооценки, возрастанием самостоятельности ребенка);

- пятый возрастной кризис – подростковый (12-13 лет) возможная манифестация СДВГ (у 75-80% детей с ФАС). Периоды имеют неотчетливые границы начала и конца кризиса и наличие кульминационной точки (апогея); снижается темп развития по сравнению с периодом стабильности и имеют негативный характер развития.

Поскольку число опосредованно страдающих детей от матерей, больных алкоголизмом, возрастает, а последствия затрагивают возможные пожизненные последствия, остановимся на распространенности ФАС (от 0,2 до 2,0 на 1 тыс. живорожденных, в семьях низкого социально-экономического уровня – от 3,0 до 5,0 на 1 тыс. живорожденных). Для детей, проживающих в специализированных неврологических неонатологических стационарах в Санкт-Петербурге, например, распространенность ФАС составляет диапазон от 0,3 до 3,5%%, в специализированных домах ребенка – 4,6-9,3%% [101-102], что свидетельствует о связи с культурой потребления алкоголя в разных социальных группах [109].

Известны принятые стандарты одной дозы (drink): 45 мл водки – это 1 рюмка или 150 мл сухого вина (12 градусов), или 100 мл крепленого вина (18 градусов), или 250 мл джина с тоником (7 градусов) или 350 мл пива (5 градусов).

Для полноты прогноза для будущего ребенка акушерки собирают анамнез протекания беременности и объемы употребленного в разные сроки развития плода алкоголя. Научные данные свидетельствуют о том, что при употреблении женщиной 2 и более унций чистого алкоголя (54,6 г) ежедневно ФАС развивается у 19% детей, если прием составлял от 1 до 2 унций (27,3-54,6 г) – то у менее 11%, менее 1 унции (менее 27,3 г) – у 2%.

Критичными для плода периодами являются время после зачатия, 2 и 3 триместр беременности в связи со связью с дальнейшими интеллектуальными и поведенческими нарушениями ребенка [99,101,105].

Манифестации у ребенка расстройств поведения не только своевременно диагностируется, но обязывает врачей, МС, педагогов и социальных работников к учету особенностей организации когнитивной сферы для потребностей детей. Дефицит речевой активности затрудняет по-

нимание родителями потребностей ребенка, плохие академические навыки приводят к потере интереса к школе, нереалистичные представления подростка о себе усиливают антисоциальное поведение и ведет к трудностям общения со сверстниками, могут вызвать проблемы со здоровьем (заражение ЗППП, передозировка наркотиков, несчастный случай или самоубийство).

Специалисты, окружающие детей с ОПФР и другими отклонениями, знакомы с путями возможного развития их поведения: асоциальным развитием в течение жизни (7% детей) [104] и линией поведения, ограниченной отрочеством (30%). Используются разные формы воздействия на лечение проблем поведения – постоянные вмешательства и раннее вмешательство для маленьких детей с начальными проблемами поведения, наиболее эффективное. В настоящее время используют три метода лечения: тренинг родительской компетентности для детей до 12 лет (на дому или в Центрах, дружественных подросткам), когнитивный тренинг навыков решения проблем и многосистемная терапия (в условиях специализированных стационаров или отделений) [105].

Ключевым показателем деятельности всей системы здравоохранения является функционирование*, которое рассматривается как элемент системного развития реабилитации, ориентированной на улучшение для социального участия людей с инвалидностью и обозначенном в инициативе ВОЗ и глобальном плане действий по инвалидности [48,50].

Основой данного подхода является Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), предложенная ВОЗ универсальная биопсихосоциальная модель здоровья [49]. Эта модель ориентирует на переход от нозологического подхода к комплексной оценке функционирования (функции, структуры организма, активность и участие пациента

в обществе). В этом случае здоровье- это результат динамического взаимодействия состояния организма, факторов окружающей среды и индивидуальных ресурсов пациента [106].

Сотрудничество со Страновым офисом ВОЗ по внедрению международных рекомендаций и развитию биопсихосоциальной модели здоровья, а также применению принципов МКФ в реабилитационной практике прослеживается в методологическом сопровождении научных исследований РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации.

В результате ГНТП «Научно-техническое обеспечение качества и доступности медицинских услуг» внедрены решения по повышению эффективности 18 новых методов медицинской реабилитации, а также 15 методов, включающих оценку ограничений жизнедеятельности и реабилитации детей (разработаны методы оценки ограничения способности к самообслуживанию у детей-инвалидов и методов оценки ограничений жизнедеятельности у детей с острыми лейкозами).

Изменяются психофармакотерапия психических и поведенческих расстройств детского возраста [105], ранняя диагностика расстройств аутистического спектра [93], клинические протоколы медицинской реабилитации при расстройстве СДВГ и аутистического спектра, а также эмоциональных нарушений у детей [73,99,107,108]. В нозологической структуре инвалидности детского населения наибольший удельный вес имели психические расстройства (42,4%), врожденные аномалии (11,9%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (10,8%), болезни эндокринной системы (10,4%), болезни нервной системы (9,0%), новообразования (4,7%) [19,48,98,111].

Установлено, что произошел рост первичной детской инвалидности по таким классам болезней: болезни эндо-

кринной системы – на 14,8% (с 2,90 до 3,33 на 10 тыс. детского населения); психические расстройства – на 26,1% (с 10,78 до 13,59 на 10 тыс. детского населения); болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – на 17% (с 2,94 до 3,44 на 10 тыс. детского населения); болезни глаза – на 31,1% (с 0,45 до 0,59 на 10 тыс. детского населения); болезни органов дыхания – на 41,7% (с 0,12 до 0,17 на 10 тыс. детского населения).

Позитивная динамика показателей первичной инвалидности среди детей наблюдается среди новообразований (снизилась на 8,5% – с 1,65 до 1,51 на 10 тыс. населения); болезней нервной системы (уменьшились на 4,0% – с 3,01 до 2,89 на 10 тыс. населения); болезней системы кровообращения (на 25,0% – с 0,28 до 0,21 на 10 тыс. населения); болезней мочеполовой системы (на 11,1% – с 0,27 до 0,24 на 10 тыс. населения); врожденных аномалий (на 2,8% – с 3,91 до 3,80 на 10 тыс. населения) [19,111].

Разработан метод оценки ограничения способности к самообслуживанию детей-инвалидов с учетом возрастных особенностей формирования этих навыков. Метод включает перечень навыков самообслуживания, возрастные нормативы их развития и критерии оценки степени ограничений. Создан метод оценки ограничений жизнедеятельности, определения степени утраты здоровья детей с острыми миелоидными лейкозами с системой критериев оценки клинических синдромов и выраженности функциональных нарушений [47,65-68,81,98,109-111].

Результатом применения данных методов позволило стандартизировать экспертную диагностику и повысить объективность установления категории «ребенок-инвалид». Направления медицинской реабилитации в педиатрической практике свидетельствуют о повышении ее эффективности, объективности экспертной оценки ограничений жизнедеятельности, влияющих на диапазон выбора профессии такими детьми и улучшение качества их жизни.

Разработанная прогностическая модель формирования ограничений функционирования конкретно для детей с ожирением и СДВГ позволила диагностировать нарушения личностного функционирования и трудности в преодолении стресса, в связи с чем дети с морбидным ожирением и с СДВГ получили лечение по программе реабилитации, с высоким уровнем эффективности. Так, 57,5% из них в течение 1-2 лет перестали нуждаться в медицинской помощи, у 76,5% таких пациентов жизнедеятельность восстановилась в сроки до 5 лет [73].

В Республике Беларусь [3,5,73,85] синхронно с распоряжением Правительства Российской Федерации от 18.12.2021 г. №3711-р была утверждена Концепция развития в РФ системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в том числе детей с инвалидностью (Концепция) на период до 2025 г., что свидетельствует об интеграции научных исследований и их практического применения в Союзном государстве с учетом соответствующего законодательства [13,31-33,88,112].

Целью Концепций, разработанных в Союзном государстве Беларуси и России, было обеспечение доступности для инвалидов качественных, эффективных, безопасных и научно обоснованных реабилитационных и абилитационных услуг и технических средств в сочетании и реализацией исчерпывающих методов по социальной адаптации и интеграции инвалидов во все сферы жизни общества для достижения ими максимально возможной независимости и повышения качества жизни с учетом современного международного понимания инвалидности как совокупности барьеров, затрудняющих обычную жизнь человека при наличии у него стойких нарушений здоровья и функций организма.

Особенности реализации Концепции в Российской Федерации были подобными тем, что были разработаны для системы реабилитации в Республике Беларусь:

- необходимость комплексных мер по предотвращению детской инвалидности в предоставлении услуг по ранней помощи;

- равная важность реабилитации и абилитации для устранения или компенсации ограничений жизнедеятельности для возможности их социальной адаптации;

- обеспечение преемственности и непрерывности помощи в семьях на разных возрастных этапах развития детей организациями разной ведомственной принадлежности, в т.ч. социально ориентированными некоммерческими организациями;

- повышение доступности реабилитации и абилитации для детей-инвалидов из разных отдаленных районов, включая дистанционные технологии и этапы медицинской реабилитации (прил.1);

- внедрение технологий, обеспечивающих подготовку к самостоятельной жизни, включая профориентацию, организацию сопровождаемой дневной занятости;

- приоритет достижения инклюзивных результатов при организации и оценке реабилитации и абилитации при сохранении специального (коррекционного) подхода при необходимости [73,83,88].

Приоритетные направления по решению проблем детской инвалидности в системе комплексной реабилитации и абилитации в Российской Федерации также были подобными имеющимся в Республике Беларусь:

- совершенствование системы комплексной профилактики детской инвалидности, расширение проведения пре- и неонатальных скринингов, прегравидарного генетического обследования супругов при планировании беременности необходимости [32,33,40,112];

- развитие служб ранней помощи детям и их семьям, позволяющих предотвратить формирование или утяжеление детской инвалидности на ранних этапах [14,18,22,57,68];

- внедрение наиболее успешных методов медицинской реабилитации и их преемственности по достижению совершеннолетия [27,54,55,73,83,88];

- развитие технологии интерактивного сопровождения детей при их обучении, воспитании и социализации [11,13,43,64-66,69,113,114];

- развитие технологии сопровождения семей, воспитывающих детей-инвалидов, направленных на сохранение детей в семьях, включая ведение семей, в которых родился ребенок-инвалид, с целью профилактики отказов от детей, развитие служб поддерживающей помощи, организация продленного дня (присмотр и уход) в общеобразовательных организациях, дневное пребывание в организациях социального обслуживания [25,28,41,60,66,76,83,88,91,103,109,110,115-119];

- создание в стационарных организациях социального обслуживания условий, позволяющих поддерживать домашний уклад жизни, самостоятельность детей-инвалидов, их социальную активность, внедрение практик развивающего ухода за детьми с тяжелыми множественными нарушениями развития, в т.ч. с использованием средств альтернативной и дополнительной коммуникации [34,64,109,113,118-122];

- включение семей, воспитывающих детей-инвалидов, в реабилитационный и абилитационный процесс, в т.ч. предусматривающий создание домашней реабилитационной среды и оказание реабилитационных и абилитационных услуг на дому по месту проживания ребенка [10,11,16,43,52-55,60,66,91].

Новое, общее для системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в Союзном государстве:

- появление специальности «физическая и реабилитационная медицина» [14];

- появление МФК, опубликованной ВОЗ в 2001 г., а в 2007 г. – ее версия для детей и подростков [49];

- создание единой системы определения инвалидности всех стран и государств;
- открыта возможность для квалифицированного международного и междисциплинарного взаимодействия на основе единого стандартизированного терминологического языка для описания здоровья и функционирования, их нарушений в разные возрастные периоды под влиянием личностных факторов и факторов окружающей среды коммуникации [70,71,82,88,115-121].

Выводы. Рост значимости психических и неврологических расстройств у детей, сохранение высокой доли инвалидности определяют необходимость развития образования медицинских работников по предупреждению инвалидности, снижению тяжести ее проявлений, повышению уровня функционирования и социальной активности подрастающих детей. Особенности структуры детской инвалидности учтены в новой подпрограмме «Методы восстановления и оценки ограничений функций органов и систем организма человека» государственной научно-технической программы «Инновационные технологии в медицине», 2026–2030 годы, к ее разработке привлечены специалисты ведущих РНПЦ и медицинских вузов. Цель – восстановление нарушенных функций органов и систем организма пациента, направленных на улучшение качества жизни пациентов, уровня их удовлетворенностью медицинской помощью и социальной интеграции.

В педиатрии это совершенствование инклюзивного образования, дальнейшее развитие методов профессиональной ориентации с применением цифровых технологий, оптимизация нормативного и материально-технического обеспечения институционализации пациентов в разнообразных формах.

- Приоритетные направления научно-практической, педагогической и социальной деятельности на 2026–2030 годы [36], утвержденные Указом Президента Республики Беларусь от 01.04.2025 №135, положения Национальной

стратегии устойчивого развития Республики Беларусь до 2040 года в долгосрочной перспективе будет способствовать формированию ментальности населения по отношению к инвалидам и совершенствованию состояния без барьерной среды жизнедеятельности.

§ 1.3. Педагогический и социальный аспекты институционализации детей с ограниченными возможностями и особыми образовательными потребностями

Число детей с расстройствами поведения растет, что вызывает необходимость продолжать поиск их причин и методов, форм и способов помощи таким пациентам. Несвоевременная и неполная помощь детям-инвалидам приводит к снижению качества их жизни за счет недостатков образовательных, профессиональных и социальных достижений, что приводит к серьезной нагрузке на общество [19,98,123]. Затраты систем здравоохранения, образования, социальной защиты, правоохранительных органов велики [113].

Так, известно, что в конце 1990-х годов стоимость обучения и социализации проблемного подростка, а затем взрослого на протяжении жизни в США составляли 2,3 млн. долларов, а дискомфорт общества от нерешенных проблем только возрастает. Изучение опыта коррекции лиц с расстройствами поведения является способом применить его в различных ситуациях и местах жизни. Изменение подходов к оптимальному времени начала лечения привело к тому, что доказанное учеными раннее вмешательство дома и в школе может конкурировать с негативным развитием ребенка в проблемной семье при условии раннего предупреждения и окружения общества с доброжелательным отношением.

Обмен опытом участия в белорусском о проекте по развитию инклюзивного образования 2021–2025 гг.

Участие в проекте изменило повседневную жизнь учреждений образования в нашей стране, о чем рассказали непосредственные участники: «Мы опробовали на практике новые образовательные стандарты и учебные программы с учетом принципов инклюзии. Да, будет непросто, потому что нужно сломать стереотипность мышления педагогов, родителей и общества в целом. Но мы убедились: это работает. Кроме методической поддержки, проект решил давние инфраструктурные проблемы. Здание сада 1978 г. постройки. На сегодня сложности с безбарьерной средой отсутствуют: были закуплены пандусы на улицу и в здание. Также нам поставили стул для занятий детей с ДЦП и вертикализатор. Теперь мы сможем обеспечить доступность дошкольного образования для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Сегодня таких воспитанников нет, но мы готовы принять», – делилась опытом заведующая детским садом № 26 Молодечно В. Олехнович.

Не менее значимые изменения произошли и в средней школе № 13 г. Слуцка, о чем рассказывала заместитель директора по учебной работе Т. Рудь: «Мы давно работаем с учащимися с особенностями психофизического развития, но став пилотной площадкой, получили неоценимую поддержку. Учреждение было оснащено специализированным оборудованием: парты для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, рабочее место и ноутбук со шрифтом Брайля для незрячих учеников, планшеты с программным обеспечением для детей с расстройством аутистического спектра. Все наши 32 ребенка с особыми потребностями обучаются в интегрированных классах, и новое оборудование помогает им полноценно участвовать в учебном процессе».

Представитель ЮНИСЕФ в Беларуси Рустам Хайдаров рассказывал: «В рамках проекта проведен анализ нормативной базы, созданы условия в школах, обустроена безбарьерная среда. Для детей закуплено более 400 единиц ассистивного оборудования, которым пользуются 3 200 школьников. На это выделено порядка 750 тыс. долларов. Такой подход позволяет индивидуально оценивать потребности ребенка и подбирать необходимые устройства».

Ключевой элемент успеха – внедрение системного подхода к подготовке кадров. Курсы по инклюзивному образованию будут обязательными для всех студентов педагогических специальностей. Это значит, что новое поколение учителей придет в школы с уже сформированным инклюзивным мышлением.

Директор Института инклюзивного образования БГПУ В. Хитрюк отмечала: «Невозможно готовить универсального педагога, но каждому педагогу следует иметь этаким профессиональный «чемоданчик» знаний и компетенций, обеспечивающий благополучие и результативность каждого ребенка».

Одним из самых инновационных результатов проекта стала разработка и апробация индекса инклюзии* – инструмента, который впервые в Республике Беларусь позволяет количественно оценить уровень инклюзии в любом учреждении образования. Показатель охватывает три блока: ресурсы среды, инклюзивную культуру и качество образовательного процесса. Итоги первого мониторинга, проведенного в прошлом году, показали высокий средний уровень по стране – 8,6 балла из 10. Реализация проекта стала возможной благодаря партнерству с Российской Федерацией, отметил советник-посланник посольства России в Беларуси Петр Фролов: «Беларусь для нас стратегический союзник, поэтому мы считаем за честь оказывать поддержку в реализации инициатив ЮНИСЕФ, связанных с инклюзией».

«Инклюзивное образование останется приоритетом ЮНИСЕФ в новой Страновой программе. Мы намерены продолжать развитие данного направления через внедрение общешкольного подхода, – сообщал Р. Хайдаров. – Это стратегия, при которой инклюзия встроена в ДНК школы, когда она перестает быть отдельной программой или обязанностью отдельных педагогов, а становится философией и практикой всего учреждения образования, затрагивающей каждый уровень».

Ключевой элемент успеха – внедрение системного подхода к подготовке кадров. Курсы по инклюзивному образованию будут обязательными для всех студентов педагогических специальностей. Это значит, что новое поколение учителей придет в школы с уже сформированным инклюзивным мышлением.

Новая Страновая программа сотрудничества ЮНИСЕФ с Республикой Беларусь на 2026–2030 годы была разработана в 2025 г. при активном участии национальных партнёров и утверждена Исполнительным советом ЮНИСЕФ. Программа продолжит работу по ключевым направлениям, включая улучшение услуг здравоохранения для детей и молодежи, дальнейшее развитие инклюзивного образования, а также расширение возможностей участия детей и молодежи в принятии решений и достижении Целей устойчивого развития в Беларуси [8,12,46, 69].

Анализ направления совершенствования профилактической педиатрии и валеологической грамотности для МС учреждений образования [13,60,113] выявил следующее (рис. 1).

Концентрация внимания на успешных проектах (Заботливая поликлиника, Университетская клиника, Больница, доброжелательная к ребенку)
Развитие научной дисциплины сестринского дела и его прикладного направления в области медицинской реабилитации детей с ОПФР
Накопление базы результатов научных исследований по валеологии в сестринском деле в части профилактической педиатрии и ФЗОЖ
Создание учебно-методической базы для подготовки МС учреждений образования и специальных УО для детей с ОПФР
Продвижение адекватных норм нагрузки для Пвр и МС учреждений инклюзивного образования
Обучение основам сестринской педагогики и валеологической грамотности
Развитие сестринского наставничества, освоение информационных ресурсов для мотивации к работе с детьми с ОПФР, особенностями взаимодействия с ДООП
Расширение возможности профессионального роста для МС в области медицинской профилактики и реабилитации

Рис.1. Направления совершенствования профилактической педиатрии и валеологической грамотности для МС учреждений образования

Выводы. Совершенствование образовательных программ для высшего медицинского и среднего специального образования, педагогов и социальных работников в области валеологической грамотности необходимо для улучшения качества социализации при выборе профессии подросткам с дизонтогенезом. Наибольшего внимания требуют расширение элементов цифровизации в обуче-

нии, навыки взаимодействия специалистов с семьей, воспитывающей детей с ОПФР и ДООП, методы наставничества [43,58,60,64,72,120,124].

Инклюзивное образование для детей с ОПФР и ДООП остается приоритетным на ближайшее десятилетие для внедрения системного подхода к подготовке кадров, которые будут обязательными для всех студентов педагогических и медицинских специальностей.

Участие учреждений и организаций разной ведомственной принадлежности, в т.ч. социально ориентированных некоммерческих организаций, в комплексной поддержке семей с детьми-инвалидами будет способствовать улучшению качества помощи данной категории детского населения, в чем будет проявляться гуманизм социально-ориентированного государства.

Раздел II. Примеры новаций в оказании помощи детям с особыми образовательными потребностями

Значительным воздействием на качество обучения специалистов, работающих в сфере медико-социально-педагогической помощи детям с дизонтогенезом, становятся практикоориентированность образования, ее приближенность к реалиям и новые цифровые технологии, включая искусственный интеллект (ИИ). Этому способствуют обмен опытом из различных сфер комплексной работы с детьми, имеющими особые потребности в образовании, профессиональной ориентации [13,14,42,65,69,72,113] и приобретении навыков социализации на основе развития инклюзивного образования* и продолжения совершенствования процесса превращения новых медико-педагогических практик и норм в устойчивые, продолжительные по времени в рамках социальных институтов.

Профилактическая педиатрия располагает достаточным практическим инструментарием для определения соответствия организма нездорового ребенка к требованиям профессии в определенной области и возможностями активного формирования профессиональной пригодности, при котором прогнозирование рационального самоопределения подростка будет в гармонии с удовлетворенностью жизнью. Дети с ОПФР и ДООП нуждаются в высоком качестве диспансерных медицинских осмотров [6,9,29,38,75,87], выявляющем негативные сдвиги в состоянии здоровья, но это обеспечивается профессионализмом и мотивацией персонала [124,125,127], способствует продуктивной деятельности таких подростков в соответствии с их здоровьем, которое не ухудшится и будет обеспечивать возможно полное участие в коллективном труде [2,10,14,15,16,18,22,27,52-55,67].

Необходимы кадры из различных сфер оказания помощи семьям, воспитывающим детей с ОПФР и детей-ин-

валидов, несущие нравственность, человечность и реальную поддержку для этой уязвимой части общества. Объединение всех социальных институтов современного общества может стать той силой, которая будет облегчать качество жизни детям с дизонтогенезом. Подобный симбиоз должен быть заложен в образовательные программы специалистов медицинского, педагогического, юридического, социального профилей [42,58,91,113,126,132,134,151]. Рассмотрим направления новых действий в оказании помощи детям с особыми потребностями на этапе первичного их предупреждения.

§ 2.1. Примеры по раннему выявлению групп риска по рождению детей в неблагоприятных социально-экономических условиях и работе Центров, дружественных подросткам, организации паллиативной медицинской помощи детям

➤ **Раннее выявление групп риска по рождению детей в неблагоприятных социально-экономических условиях** [2,5,10,14,26,28,29,30,34,37,75,128,129] базируется на общей системе наблюдения за течением беременности и родов в женской консультации, преемственности с педиатрической и социальной службами. Это способствует прогнозу в отношении здоровья детей из социально неблагополучных семей, ранней диагностике различных отклонений в сочетании с комплексной помощью детям до 3-х лет в Центрах коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (ЦКРОиР) [8,13,31,34,36,51,61,82,91,107,128,129,132].

Определенное значение имеет факт о том, что на базе ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» для всех регионов организована работа центров катamnестического наблюдения недоношенных детей, открыто 59 кабинетов службы раннего вмешательства [113,132].

Известно, что проблемы поведения можно легче и эффективнее контролировать и лечить у маленьких детей. Воздействие на факторы риска и усиление факторов защиты может предупредить эскалацию расстройств поведения у ребенка, повлиять на самооценку, улучшить успеваемость в школе [33,59,101,105,109,130-132].

Программа, интенсивного раннего вмешательства для родителей 4-8-летних детей с проблемами поведения, разработанная К. Вебстер-Страттон, рекомендуется вследствие низких затрат на интерактивные курсы, обучающие родителей навыкам управления детьми, а также взаимосвязям с семьей и личного самоконтроля, отношениям к школе. В структуру этих видеокурсов входит обучение родителей стратегиям коммуникации и борьбе с эмоциями порицания, гнева, депрессии [115,117,119].

Вывод, который делают ученые и практики в отношении предупреждения проблем поведения детей с ОПФР, состоит в том, что степень успеха и неудач в лечении антиобщественного поведения зависит от типа и серьезности проблем поведения, факторов риска, возможности их профилактики. Детям с проблемами средней тяжести из семей среднего класса вмешательство родителей, семьи или школы приносит пользу, но ребята из асоциальных семей и с неблагополучными соседями с зависимостями получают мало пользы, хотя краткосрочные нормализации агрессивного поведения достижимы. Предпосылки ранних вмешательств тем выше, чем ранее начата коррекция расстройств поведения ребенка [104,105,107,108].

➤ **Центры, дружественные подросткам** как особая форма помощи, стали одним из структурных подразделений в рамках совместного проекта Комитета по здравоохранению г. Минска и Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), в настоящее время функционирующие в каждом районе города, 58 – по всем регионам. Главными задачами этого учреждения являются профилактика подростковых бере-

менностей с формированием ответственного репродуктивного поведения, оказание психологической помощи ребятам, оказавшимся в кризисной ситуации, предоставление первичной консультативной и специализированной помощи на основе уважения личности подростка, конфиденциальности, анонимности [18].

Разнообразие предоставленной в Центре помощи включает обследование, лечение ИППП, реабилитация после прерывания беременности, физического или психологического насилия, преемственность между уровнями оказания медицинской помощи и информационно-образовательная помощь в форме акций, тренингов, поощрения и развития волонтерства, аутрич-работы с подростками как дополнение профилактики рискованного поведения, информирования сотрудников заинтересованных ведомств по вопросам сохранения здоровья молодежи, решения проблем злоупотребления психоактивными веществами, алкоголем или наркотиками, табаком, содействие в профессиональной ориентации, применения уникального спектра взаимодействия комьюнити-пространства для опыта социальной жизни вне семьи. Все это является общей работой для оказания комплексной медико-психолого-социальной помощи подросткам из групп риска.

В 2024 г. на базе ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» начал свою работу Республиканский референс-центр современных технологий в перинатальной помощи согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 октября 2024 г. №1293.

Подобная деятельность осуществляется командой специалистов (подростковых педиатров, психологов, гинекологов, урологов, наркологов) и обеспечивает снижение распространенности поведенческих факторов риска, эффективность работы по сохранению и укреплению здоровья женщин и подрастающего поколения [24,25,31,44,62,135].

Определенная часть деятельности Центров, дружественных подросткам, направлена на предупреждение подростковой беременности, являющейся проблемой современной молодежи, поэтому международный опыт тиражируется в СМИ [20,23,31-33,134].

Инклюзивное образование апробировано многолетним международным опытом и показывает, что образовательная система не готова к удовлетворению потребности, вследствие чего разработаны необходимые условия для детей, нуждающихся в индивидуальном обучении, используется концепция и создана материально-техническая база для ее применения. Это учреждения, реализующие программы профессионально-технического, среднего специального и высшего образования, созданные центры профессиональной и социальной реабилитации. Высокой степени оснащенности кадрами и техникой располагают Центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (ЦКРОиР) для дошкольного и общего среднего образования детям с ОПФР [14,16,52-56].

Единая стратегия сопровождения каждого ребенка содержит психолого-педагогическую диагностику для изучения индивидуально-психологических особенностей и социально-психологические характеристики коллектива детей. Обобщенные результаты определяют должную тактику сопровождения ребенка и организацию адресной профилактической и коррекционной помощи, позволяющей реализовать стратегию здоровьесберегающей педагогики для всех детей. Именно концепция инклюзивного образования* позволяет расширить возможности всех детей, вне зависимости от культурного и социального положения, что требует создания условий удовлетворения образовательных потребностей целевой группы, нуждающейся в равном доступе к получению образования, но с учетом индивидуальных возможностей детей вследствие состояния здоровья, жизненной ситуации и др. причинам.

Выбор между получением образования в системе специального образования либо в общеобразовательных учреждениях остается при осуществлении интегрированного обучения и воспитания.

ЦКРОиР выполняют разнообразную помощь с индивидуальным подходом к обучающимся: коррекционно-педагогическую помощь (занятия с педагогом-дефектологом); объединение в кружках по интересам; социальную реабилитацию посредством физкультурно-оздоровительных мероприятий, организацию работы творческих кружков для адаптации детей-инвалидов к жизни в обществе; социально-педагогической поддержки (консультирование семейным психологом, юристом, педагогом, психологом) по вопросам обучения и профориентации; психолого-педагогического просвещения [14].

Адаптивная образовательная среда для подростков с учетом их психофизического развития осуществляется на основе единой нормативной правовой базы [4,6,27,34,53-56,128,129,135], Кодексе Республики Беларусь о браке и семье, Законе «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», Законе Республики Беларусь «О гарантиях по социальной защите детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также лиц из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей», Приказе Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22 июля 2009 г. №733 «Об утверждении «Алгоритма работы организаций здравоохранения» по выявлению несовершеннолетних, находящихся с СОП (социально-опасном положении), в том числе по причине злоупотребления родителями алкогольными напитками, а также алкоголизма, наркомании или токсикомании родителей» [44,46,139].

Регулируются в законодательстве санитарные нормы и правила «Требования для отдельных учреждений образования, реализующих образовательную программу специ-

ального образования на уровне общего среднего образования, образовательную программу специального образования на уровне общего среднего образования для лиц с интеллектуальной недостаточностью» (2012), а также в Специфических санитарно-эпидемиологических требованиях к содержанию и эксплуатации учреждений образования [14] (отдельно для учреждений дошкольного и школьного образования).

Безопасность оказания медицинской помощи – неотъемлемая часть поддержки семей с детьми, которая сопровождается достаточно полной и регулярно обновляемой нормативной правовой базой и контролируется надзорными инстанциями [52,87,119,131,139].

В резолюции ВОЗ WHA 72.6 и Глобальном плане действий по обеспечению безопасности пациентов на 2021-2030 гг. содержится призыв на снижение числа диагностических ошибок (до 16% предотвратимого вреда в системе здравоохранения), к активному участию пациентов и их семей к извлечению уроков на принципах сотрудничества, спектр мероприятий по обеспечению безопасности медицинской помощи с главным принципом медицинской этики: «Главное – не навреди». Этот принцип закреплён в лозунге проведения Всемирного дня безопасности пациентов в 2026 г. «Безопасность медицинской помощи в течение всей жизни» с фокусом на повышение осведомленности людей об угрозах здоровью [7,113,114,119,120]. Это свидетельствует о расширении диапазона информированности населения в области профилактики рисков здоровью [38].

Выводы. Предпосылки ранних вмешательств тем выше, чем ранее начата коррекция расстройств поведения ребенка. Развиваемые формы поддержки и ранней диагностики отклонений в здоровье ребенка – ЦКРОиР для дошкольного и общего среднего образования детям с ОПФР, Центры, дружественные подросткам, а также качество диспансеризации, профессионализм врачей-проф-

патологов и подростковых педиатров влияют на более благоприятный прогноз при выборе профессии и восполняют потребность детей-инвалидов в общественно полезном труде, что благоприятно для самооценки таких ребят.

Правильно определенная специалистами социально-гигиеническая адаптированность* ребенка к школе, школьной зрелости и готовности детей к поступлению в школу, медико-психолого-педагогическое обследование в два этапа и со специальным обследованием на фоне оценки состояния здоровья и полным алгоритмом данной методики способствуют тому, что для матери и ребенка с особыми потребностями создаются наиболее благоприятные условия для перспектив роста, развития и выбора профессии [14,18,22,137].

Мотивация подрастающего поколения на сохранение и укрепление здоровья активно разрабатывается в области взаимодействия семьи и ребенка с медицинскими работниками за счет эффективной коммуникации, комплаенса*, консенсуса*, конгруэнтности*, а парадигмы современного здравоохранения от болезни к здоровью, предсказательной (предиктивной) медицины для конкретного человека приводят к качеству и безопасности помощи детям-инвалидам [13,42,44,59-61,69,72,76,115-117,120,121,132].

§ 2.2. Психолого-педагогические аспекты организации паллиативной медицинской помощи детям

Паллиативная медицинская помощь* (ПалМП) – это специализированный вид медицинской поддержки, которая оказывается особым пациентам с неизлечимыми заболеваниями, когда активные методы лечения исчерпаны. Цель – избавить или смягчить мучительные симптомы боли и др., поддержать достоинство и качество жизни пациента до последних дней. Увеличение числа людей с онкологическими заболеваниями требует усиления такого

вида помощи на уровне от АПО до специализированных центров, чтобы ни один пациент не оказался без должной поддержки в самый трудный момент жизни.

Состояние ПалМП детям в Республике Беларусь:

- Обеспеченность паллиативными койками составляла в 2014 г. по Республике Беларусь – 50 на 1 млн. жителей, в настоящее время – 60,8 койки на 1 млн. жителей.

- Доступность ПалМП за 2007–2016 гг. возросла с 25,8% до 91,4%, в 2022 г. – 95%. Значительный объем работы осуществляется в АПО – 63,9% против 5,8% в условиях стационара, в Минском городском клиническом онкологическом диспансере – 28,6%, в РНПЦ ОМР – 98%, в других местах – 0,5%.

- Оказание ПалМП в Республике Беларусь (на 01.07.2019 г.) обеспечивают в 16 стационарах, в 2014 г. было развернуто 316 стационарных коек (2022 г. их стало 473), из них 25 коек в 4-х отделениях дневного пребывания.

Отдельного внимания требуют организация ПалМП детям с ОПФР и детям-инвалидам в связи с культурно-нравственным аспектом, накладывающим отпечаток на действия медицинских работников. Данная помощь выделена в отдельный вид медицинской помощи с 2014 г. в ст. 16 [27,29], наряду с первичной медицинской помощью (ПМП), специализированной, высокотехнологичной, медико-социальной.

Сложная категория детей с онкологической патологией требует от всех, кто взаимодействует с ними и их родителями, особых знаний, практикоориентированных навыков, тактичности и культуры речевого и психологического взаимодействия) [61,105,108,110,120]. В этой связи расширение диапазона информации об особенностях эмоциональных нарушений, обусловленных возрастом больного ребенка, представляет интерес для читателей.

Семьи, воспитывающие детей-инвалидов, нуждаются в особом отношении окружающих людей, но для медицинских, педагогических и социальных работников это является профессиональной обязанностью, гарантирующей качественную помощь в тяжелой жизненной ситуации. Отдельного внимания заслуживает психологически тяжелое взаимодействие медицинских работников с пациентами с болезнью, ограничивающей продолжительность жизни в обозримое время [64,65,68,110].

Лицам, работающим с детьми, полезно знание того, какую психологическую нагрузку приносит ребенку переживания ими болезни. Переживание болезни и типы отношения к ней индивидуальны, зависят от болезни, специфики необходимого лечения, возраста, личности ребенка и особенностей родительского воспитания) [60, 108].

Специфические проявления эмоций значительно различаются в связи с возрастом, однако для работающих в педиатрии могут являться показателями отклонений в развитии его личности, поэтому чем раньше это будет установлено, тем успешнее могут быть меры по их коррекции.

Некоторые *специфические проявления нарушений эмоций* у детей разного возраста:

- в младенчестве (отсутствие к 3-м мес. улыбки, нет «комплекса оживления» с 4-х мес., неадекватная реакция плачем на поглаживание матери или апатия);
- на 2-м году жизни (высокая продолжительность эмоций или их отсутствие, чрезмерная осторожность и боязнь безопасных предметов, нет радости от появления новых игрушек);
- в дошкольном возрасте (нет эмоций сопереживания другому ни наяву ни в воображаемой ситуации, отсутствие эмоционального заражения, нет отклика на эмоции другого человека, отсутствие чувства вины, страха);

- в 2-3 года дети боятся животных, наказаний, врачей, уколов, высоты, пьяных людей;
- старше 3-х лет – страх воды, темноты, крови, смерти;
- с 6-7 лет возникают страхи пожара, катастроф с близкими, животных;
- после 8 лет – страх смерти себя или близких, перед воображаемыми чудовищами;
- пубертатный возраст приносит страх (внутреннюю настроенность на что-то плохое) перед авторитарными личностями и ситуациями с высокими требованиями. Для медицинских и педагогических работников показателем эмоционального неблагополучия является тревожность: *вегетативная и соматически обусловленная* – сердцебиение, головная боль, сухость во рту, дрожание рук и поведенческие реакции (вранье, фантазии, привычка грызть ногти).

Стабильный и сильно выраженный страх – сигнал эмоционального неблагополучия. Следствием высокой тревожности ребенка являются фобии (необъяснимый страх в строго определенных ситуациях). Специалистам, работающим не только с детьми, но и их родителями, обычно понятны *характерные черты матерей*, развивающих различные страхи (чрезмерная опека, запрет на критику, провокация чувства вины, несправедливые наказания, насмешки, обиды). Постоянное подавление агрессии, независимо от снисходительности или строгости родителей, может приводить к саморазрушающему поведению подростка в форме алкоголизма, наркомании.

Одним из проявлений высокой тревожности ребенка может стать агрессия (мотивационная и инструментальная как средство достижения цели). Человеческие проявления гнева и злости (явные или скрытые проявления агрессии) правильнее можно понять, исходя из классификации агрессивных реакций А. Басса и А. Дарки:

- ✓ использование физической силы против другого (физическая агрессия);
- ✓ грубость, окольным путем направленная на других (косвенная);
- ✓ при малейшем возбуждении – готовность к негативным эмоциям (раздражение);
- ✓ пассивное сопротивление до активного противостояния (негативизм);
- ✓ зависть и ненависть к окружающим за истинные или вымышленные действия (обида);
- ✓ в диапазоне от осторожности по отношению к людям до убежденности в умышленности причиняемого вреда (подозрительность);
- ✓ выражение чувств через крик или оскорбление (вербальная агрессия);
- ✓ убеждение ребенка в том, что он плохой, злой (чувство вины).

Специалистам, работающим с детьми, главным является не осуждать таких детей или их родителей, а помочь, как научиться выражать эмоции в приемлемых для общества формах без вреда для себя или окружающих, используя для этого эффективную коммуникацию*, социальную фасилитацию*, умение преодолевать негативизм* пациента [60,65,68,108,124,138].

Выводы. Ранее авторами предложены рекомендации по стратегии помощи детям с хроническим болевым синдромом, доминирующим при оказании ПалМП, выражено мнение о современном понимании компетентности МС или Пвр, о совершенствовании высококвалифицированного ухода на принципах кинестетики (науки о восприятии движения для развития дифференцированного и сознательного восприятия собственного движения, умения правильного применения движений в частной жизни пациента или профессиональной деятельности МС), используемых в соответствии с тенденциями развития ПалМП [68].

Специфические проявления эмоций детей с ОПФР, понимание внутренней картины болезни глазами больного ребенка (ниже) являются основанием для того, чтобы окружающий таких детей персонал учитывал их, что скажется на качестве их взаимодействия.

§ 2.3. Метод смехотерапии в лечении и поддержке детей с особыми потребностями

Пациенты, у которых диагностированы тяжелые заболевания с неопределенным прогнозом, могут испытывать тоску, тревогу и отчаяние, ведущие к ухудшению всех сфер жизни, аппетита, сна, внимания, интереса к удовольствиям. Трудности общения с таким ребенком следует замечать, как раннее проявление детского аутизма (одиночество, боязнь любых изменений, особое речевое и интеллектуальное недоразвитие, замкнутость, заторможенность, негативизм). Известно четыре критических ситуации: стресс, конфликт, кризис и фрустрация, все они могут в той или иной мере присутствовать при переживании подростком известия о фатальной болезни [11,60,139]. Переживание подростком болезни зависит от самой болезни, специфики лечения, возраста, личности ребенка и особенностей воспитания.

В отношении детей с тяжелыми по течению и последствиям заболеваниями стали применять метод лечения смехом, вследствие эффективности остановимся на нем подробнее.

Труды врачей, философов и ученых Средневековья до XVII вв., Библии предвосхитили появление раздела лечения смехом – смехотерапии*. Например, идеи Демокрита: «Высшее благо состоит в покое и веселении души», И. Канта: «Смеясь, душа становится врачом тела», А. Шопенгауэра: «В выражении радости бытия, субъективности физиологического ликования, веселости, проявляющейся в юморе, отражается вершина человеческого здоровья», а

также в Библии дается совет: «Веселье благотворно, как врачевство, а унылый дух сушит кости».

Смехотерапия* (гелотолечение) (греч. гелос – смех) – техника применения терапевтического юмора различными специалистами, направленная на улучшение понимания пациентом себя, своего поведения, настроения, создающая позитив душевного состояния как прием психотерапии. Помогает ребенку увидеть и открыть различные нелепости жизненных ситуаций, нормализует физическое и эмоциональное самочувствие, направляет к более высокому уровню разрешения проблемы, увеличивает желание познания и духовно обогащает [120].

Термин принадлежит У. Фрай, профессору Стенфордского университета, утверждавшему, что смех как проявление радости продлевает жизнь. Пример П. Казинса – «человека, которому удалось рассмешить смерть» показал исцеление от тяжелой болезни ежедневным просмотром комедий. Идея была поддержана М. Титусом, введшем в обиход работу больничных клоунов. Сам клоунский нос впервые в 1920 г. в Париже применил один из трех основателей цирка Фрателлини – Альберто.

В. Франкл, австрийский психиатр, психолог, невропатолог, бывший узник концентрационного лагеря, выжил и на практике применил созданную им концепцию логотерапии методом парадоксальной интенции («терапии от противного»). Вне зависимости от специфики страхов человека и степени зависимости от них, метод использует железный принцип: как только пациент оставляет попытки бороться со своим страхом и действует от противного, он разрывает порочный круг зависимости, что автоматически приводит к ослаблению действия, а впоследствии и полному избавлению от симптома. Ключом к исцелению становится личная вовлеченность пациента в осмысленную совместно с врачом деятельность, в противовес невротической сосредоточенности на симптоме в болезненном состоянии, стимулирующем его повторение

и закрепление. Таким образом, человек переносит себя из мира эмоций, прогнозируемых проблем в мир логики и фактов, подтверждаемых собственным опытом. Метод широко используется в психологии и психиатрии.

Совершенствование нетрадиционных не медикаментозных методов помощи пациентам, основанных на воздействии смехом, происходит в 1985 г. комедийным английским сценаристом Р. Кёртисом и актером-комиком Г. Ленни, поддержано актером Р. Аткинсоном («человек-паук»), которые помогали голодающим в Эфиопии посредством создания благотворительной организации «Comic Relief» (разрядка смехом). Все собранные средства, начиная с того времени, используются в благотворительных целях согласно «Принципу Золотого Фунта», а затраты и расходы на организацию осуществляют спонсоры. Сбор пожертвований включает в себя поиск потенциальных жертвователей, позволяет в этот день продавать не только носы, но и футболки, рецепты блюд, шерстяные носки, один раз в два года в выходные дни организуют заезды, забеги, заплывы, марафоны и пр.

Идея Дня Красного носа поддержана в странах Европы (Исландии, Финляндии, Норвегии, Германии, Новой Зеландии, Австралии), с 2015 г. – в США. В РФ с фондом «Линия жизни» в 2007–2009 г. на массовых мероприятиях этого Дня заработаны средства для 54 детей, нуждающихся в высокотехнологичных операциях.

В Республике Беларусь смехотерапия стала применяться с 2006 г. благодаря энтузиазму специалистов Белорусского общества Красного Креста и координатору работы волонтеров-смехотерапевтов. А. Романович в команде «Smile Rangers» (улыбка рейнджеров). С девизом «От лайка – к действию» специалисты-волонтеры перевоплощаются в сказочных героев, участвуют в поездках в детские больницы, дома-интернаты, создавая радостное настроение больным детям, используя элементы клоуно-

терапии, куклотерапии и др. Универсальной рекомендацией от волонтеров-смехотерапевтов становится пожелание к участию в организуемых ими веселых квестах, играх, дружеских посиделках с пациентами социальных учреждений. Упражнение «улыбка – миру, жизни, людям» становится ежедневной и любимой практикой участников.

Организаторами в Европе «Comic Relief» ставится цель вдохновить тех, кто не занимается благотворительностью, заняться ею. Выявляют тех, кто может привнести розыгрыш, смех в вечеринку, танцы, шоу, концерт. Известна статистика финансовой успешности деятельности благотворительной организации «Comic Relief»: в 2020 г. £0,5 млрд. при 190 часах телевизионной трансляции. В 1988 г. за сутки 13 в Великобритании £13 млн, в США – \$23 млн.

С 2018 г. к идеям смехотерапии присоединилась Финляндия с девизом: «Кто со смехом по жизни шагает – тот никогда и нигде не пропадет!». Изобретательная фантазия финнов поражает. Они празднуют Дни Спасибо, Номера службы спасения, Улыбки, Доброты, Объятий, Поцелуев, Приветствий, Друзей, Шоколада. Могут 1 раз в году носить жен на руках, ходить с лыжными палками по улицам и пр.

В День Красного Носа мужчины могут носить колготки в сеточку, костюмы Спайдермена, предлагают значительно сниженные по цене маникюр, парикмахерскую помощь в соответствии с идеей не столько смеха и юмора, сколько чувств и эмоций: «Твори добро, и оно вернется». Финская мудрость на эту тему гласит: «Пусть лучше люди смеются над тобой, чем плачут».

Цели сбора средств расширилась от национальной до транснациональной помощи детям и молодежи в странах Африки, Азии, Южной Америки и стали конкретными. Так, Красный Крест Финляндии выделяет средства для

детей трущоб Боливии и Бурундии, ЮНИСЭФ – на детские больницы в Кении и Непале. Подтверждением терапевтического действия смеха является исследование, проведенное в финском Университете Турку о том, что смех в социальных группах способствует высвобождению эндорфина в головном мозге, а это приводит к чувству единения, безопасности, активизации общения.

«Смех может служить отличным способом при образовании, укреплении и сохранении социальных связей», – свидетельствуют ученые (S. Manninen, L. Tuominen et al., 2017). Их совет полезен как в современной деловой коммуникации, так и в больничной клоунаде [120].

§ 2.4. Понятие о переживаниях больного ребенка и факторах, влияющих на развитие внутренней картины болезни

При диагностировании длительного хронического заболевания формирование внутренней картины болезни в психике ребенка взрослый специалист видит несколько уровней отражения болезни в сознании (*эмоциональный* как реакция на симптомы, *интеллектуальный* с осмыслением причин и последствий болезни, *мотивационный* как размышление о возможности изменения образа жизни в связи с болезнью), что влияет на типы отношений к болезни.

Различают нормальное отношение, соответствующее объективной тяжести болезни; пренебрежительное, связанное с недооценкой ее тяжести; отрицание, недопонимание необходимости в помощи; ипохондрическое с подавление идеала здоровья; нозофильное, обусловленное удовлетворением пациента о того, что болезнь освобождает от обязанностей; утилитарное, материальная или моральная выгода безнаказанно проказничать, получать подарки, манипулировать родными [60,61,108].

Действенным навыком медицинских, социальных и педагогических работников в работе с детьми является умение взаимодействовать с пользой для их чувств и ожиданий, согласно принципу «Прежде всего – не навреди», чему помогают начальные знания по медицинской психологии*. В учебных программах для медицинских и педагогических работников целесообразно увеличение информации по этому предмету, что станет благоприятным для нейтрализации негативизма* ребенка и успешности взаимодействия с ним, быть благоприятным для управления здоровьем*, использования партисипативности*, достижения консенсуса* на основе конгруэнтности* [66,61,66, 120].

Понимание чувств пациента и желание помочь ему в преодолении переживаний проявления болезни базируются на том, как происходит осознание ребенком заболевания (острого, хронического, фатального) через рассмотрение понятия «внутренняя картина болезни» (ВКБ), представляющая собой комплекс переживаний по поводу своего заболевания:

- 1 компонент (уровень) – *чувственный* (сенсорный) объединяет комплекс ощущений, вызванных болезнью (боль, жар, зуд, дискомфорт, парестезии и т.п.);
- 2 уровень – эмоциональный компонент (аффективный) – эмоциональные переживания ребенка, связанные с его болезнью (тревога, страх, обида, грусть...);
- 3 уровень – интеллектуальный (когнитивный) формируется знаниями и представлениями пациента о его болезни, ее причинах, механизме, прогнозе, методах лечения, их болезненности);
- 4 уровень – поведенческий (мотивационный) уровень отражает то, как болезнь включена в иерархию потребностей ребенка и насколько его поведение способствует борьбе с ней. Это результат взаимодействия всех остальных уровней.

Значение знания медицинским работником ВКБ ребенка состоит в понимании того, как она влияет на лечение, готовность следовать рекомендациям, комплаенс с врачом.

Особенность значения внутренней картины болезни для ребенка перед взрослым состоит в том, что дети долго не разделяют телесное и психическое.

Факторами, влияющими на развитие ВКБ у ребенка, являются:

- преморбидный фон (особенности психики до болезни);
- характер заболевания (боли, ограничение активности, возможный исход);
- отношение к заболеванию близких, особенно матери, тревога которой может формировать дисгармоничное отношение ребенка к здоровью на последующую жизнь;
- возраст (преобладает чувственный и эмоциональный уровни, необходимость временного отрыва от родителей в случае стационарного лечения, у подростков – влияние заболевания на внешность. Типичные состояния – дисморфофобии (страха дефекта внешности) и дисморфомании (убежденность в дефекте внешности, которого нет);
- пол – девочки испытывают угрозу жизни (физиологический аспект болезни), а мальчики – одновременно в равной степени и социальный, будут ли социальные ограничения);
- самооценка у мальчиков страдает больше из-за болезни, а у девочек – из-за конфликтности, адаптация девочек быстрее, а мальчики больше опасаются за будущее;
- опыт предыдущих заболеваний (положительный исход ранее).

Известны такие варианты ВКБ:

- гармоничный, с адекватной субъективной оценкой болезни (нормозогностический);
- недооценка, вплоть до отрицания факта болезни (гипозогностический, анозгностический);
- переоценка тяжести заболевания (гипернозгностический).

Этапы становления ВКБ в понимании ребенком в зависимости от возраста:

1 этап (5-10 лет) – строится через осознание ограничений поведения, важно влияние значимого взрослого или врача, его опыта;

2 этап (11-16 лет) – возможны враждебные реакции или отказ от контактов, неопределенность прогноза остро переживается.

Факторы риска, влияющие на появление психосоматических нарушений у ребенка – генетические, биологические, психологические, социальные.

Психосоматические расстройства:

- конверсионные симптомы, при которых пациент бессознательно демонстрирует болезненные симптомы, которых нет. Их разделяют на двигательные (парезы, параличи, припадки, нарушения походки); сенсорные (нарушения вкуса, глухота, изменение порогов чувствительности); вегетативные нарушения;

- функциональные синдромы (неприятные ощущения в области сердца, ощущение нехватки воздуха, ощущения затруднения при глотании, нарушение ритма мочеиспускания и дефекации). При этом дефектов не выявляют. Наиболее часто у детей нарушение сна и ритма мочеиспускания и дефекации;

- психокоррекционные мероприятия и психодиагностику матерей проводит психолог с помощью когнитивно-поведенческой терапии, методе, позволяющем нормализовать эмоциональное состояние, перестройку непродуктивного поведения при реагировании на сложные ситуации на адаптивные копинг-стратегии (арт-терапия,

семейная терапия, психодинамический подход, гештальт-терапия).

Комплексная, этапная психокоррекционная работа (логопедов, дефектологов, др.) способствует разрешению внешних и внутренних конфликтов, гармонизации межперсональных отношений и личностному росту ребенка с тяжелыми заболеваниями [60,108,139].

Влияние негативных эмоций на течение болезни у ребенка особенно заметно при развитии у него депрессии («сильной тоски, сопровождающейся чувством отчаяния и тревоги» – М. И. Буянов). Активное состояние организма обеспечивается стимуляцией эмоционального тонуса, баланс которого находится между тонизированием внешне-средовых факторов и аутостимуляцией. В условиях однообразности окружающей среды возрастает роль внутренних стимулов и наоборот, чрезмерные стимулы нарушают нейродинамику, что, в свою очередь, влияет на характер эмоций. Так, стенический характер патологических эмоций наблюдают при проявлениях агрессии, гнева, радости, ярости.

На первое место выступают повышенная раздражительность, несдержанность, быстрая истощаемость. На затяжную психогенную ситуацию, какой является известие о тяжести и фатальности болезни, организм реагирует по механизму дистресса: рост тревоги, низкая эффективность мобилизации внутренних (тревога) и внешних источников с тяжелым эмоциональным истощением для организма в форме депрессии. Практически изменяется все: аппетит, сон, интерес к жизни, настроение «на грани слез» (40% испытывает сильную грусть), концентрация внимания, возникает чувство бесполезности, появляются суицидальные мысли и попытки (8-10%).

У детей чаще встречается маскированная депрессия с неярко выраженными симптомами, но с появлением соматических симптомов, не имеющих явной физиологиче-

ской причины. За показной скукой, капризами и агрессивностью подростка может стоять отклоняющееся поведение вплоть до совершения преступлений [60,108]. Оба вида депрессии вызывают трудности общения: безразличие и чувство пустоты напоминает чувство скорби по ушедшему человеку, но этот вид непродолжителен и хорошо лечится. Значительно тяжелее реакция депривации (стойкое угнетение эмоций, потеря прежних увлечений, погруженность в горе), которая опасна вероятностью суицидального поведения [11,28,43,118,121].

Предварить сложность взаимодействия медицинских работников с пациентами и их родителями, может совет: «Никогда нельзя говорить, что вы больше ничего не можете сделать, даже если единственно оставшееся у вас средство – быть рядом и помогать больному, надеяться и молиться» (Б. Сейгель), а также совет о молчании как форме духовного диалога с тяжелобольным и уходящим из жизни человеком [89].

Тесное и длительное общение медицинских работников с пациентами, переживающими горе по поводу известия о неизлечимом заболевании, налагает особую ответственность на МС. Высокий уровень эмпатии пациентам данного профиля может быть обеспечен Пвр и МС без ущерба для себя при условии, если они будут ориентироваться в фазах адаптации пациентов к фатальности заболевания и использовать принципы психогигиены и первичной профилактики синдрома эмоционального выгорания [124,138,140]. Для МС важно осознать и принять как выраженные, так и не проявленные чувства пациента, но для начала она должна знать о них.

Существует несколько фаз адаптации к известию о неизлечимости заболевания (Э. Кублер-Росс, Н. Гросс, М. Боманн):

- Фаза отрицания, при которой человек не может поверить в то, что с ним такое случилось. Принимая лечение, он отказывается верить в неизбежность близкого

ухода, строит нереальные планы. Это нормальная стадия для постепенного привыкания к мысли, МС помогает осознать реальность.

- Фаза гнева и возмущения – проявляется злобой к персоналу, агрессивными высказываниями и поведением, пациент плохо принимает лечение, воспринимая его как несправедливость, поэтому особенно нуждается в терпении МС.

- Фаза торговли – подросток принимает лечение в обмен на выполнение какого-то заветного желания. Фаза легкая для МС, осуществляющей паллиативное лечение и уход, поскольку больной соглашается на любые, даже болезненные процедуры, в обмен на обещание чего-либо, в силу чего у него возникает ложное ощущение обладания определенной властью над болезнью.

- Фаза депрессии сопровождается осознанием продолжительности лечения, пациент утрачивает жизненную энергию, он отказывается от бесполезного, на его взгляд, лечения, хуже переносит побочные эффекты. Пациент имеет право выражать свои чувства, но ему необходима поддержка и внимание персонала. Опасность суицидальных мыслей и намерений у пациента должна быть своевременно распознаваема МС и проинформирован врач [11,28,60,66,121].

- Фаза согласия указывает, что пациент осознал происходящее и разрешает использовать имеющееся у него время как можно более эффективно, осознанно обсуждает лечение, выдерживает влияние побочных эффектов. Все стадии адаптации к известию о неизлечимости заболевания происходят последовательно, однако, в зависимости от возраста ребенка, выражены по-разному. МС следует избегать осуждения, морализаторства, поскольку страдающие люди хуже контролируют эмоции или не умеют это делать из-за возраста. В это время надо выработать умение слушать и слышать, дать шанс привыкнуть к тяже-

лему известию и время на перестройку сознания. Принцип информированного согласия позволяет оптимизировать сотрудничество во время лечения и способствует появлению энергии сражаться за себя, однако информация подается врачом в соответствии с возрастом и психосоциальным развитием ребенка.

- Фаза терминальная, когда возможности курации исчерпаны, химиопрепараты в ПалМП не используются. Остается синдромальное лечение и обезболивание с уходом [68,110].

- Фаза принятия, время спокойствия, но без депрессии, происходят разговоры и молчание как форма духовного диалога [89]. Пациент окружен максимальной заботой, любовью и душепопечительством, что означает сопровождение в умирании, а также максимальным комфортом, базирующимся на правах умирающего [3,6,28,57,60,66].

Представленные материалы помогут медицинским работникам не совершать ошибок в поведении со сложной категорией пациентов с неизлечимыми заболеваниями и инвалидностью, обеспечат их права на качество жизни и достойную смерть. Таким образом, знание медицинскими работниками психолого-гигиенических требований к работе с пациентами-инвалидами помогают в улучшении качества жизни таких детей. Как писал А. Экзюпери: «Какими бы ни были изыски современной медицины, ее технические возможности, человек всегда будет ждать и верить врачу, который сумеет выслушать, одобрить, проявить сострадание».

Для правильного информирования родителей семей, в которых воспитывается ребенок с получением в перспективе ПалМП, целесообразно помнить о направлениях деятельности Белорусского детского хосписа [110]:

- Программа «ПалМП на дому» (предоставление семьям расходных материалов и медоборудования: аппараты ИВЛ, медицинские электроотсасыватели, концентраторы кислорода, ингаляторы, пульсоксиметры) [68];
- Программа «Абилитация» (обучение ребенка необходимым и возможным для него навыкам, а также его адаптация к различным видам деятельности, ситуациям и повседневным делам (кормление, одевание, игры, позы для сна и бодрствования), помощь в подборе технических средств социальной реабилитации) [133];
- Программа «Мы – здесь» (система комплексной ПалМП для молодых взрослых (18-39 лет) с тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями);
- Программа «Мечты должны сбываться» – помощь в исполнении мечты тяжелобольных детей (§ 2.3);
- Программа «Вместе» – предоставление гостиницы (в новом здании детского хосписа «Лесная поляна») родителям больного ребенка первые дни социальной передышки, когда ребенок только привыкает к новой обстановке, а также во время его нахождения в стационаре [60,65,68];
- Программа Клуб «Встречи друзей» – адаптация и социализация в обществе людей с инвалидностью. Проводятся ежемесячно с участием волонтеров, студентов, учащихся школ и всех желающих (дискотеки, лекции информационные материалы, потребности инвалидов);
- Программа «Мобильный хоспис» – оказание ПалМП детям, живущим в пределах 250 км от Минска; доставка необходимых ЛС и медицинской аппаратуры для ухода; обучение навыкам ухода; квалифицированное медицинское консультирование по телефону круглосуточно;
- Программа «Мини-стационар» – паллиативные палаты (комнаты домашнего типа) для круглосуточного содержания онкологических больных с родителями и без

них; нужны для адаптации ребенка с тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями и его семьи к пребыванию в домашних условиях после больницы и при необходимости осуществления круглосуточного медицинского ухода до самой смерти ребенка;

- Программа «Социальная передышка» – дает возможность отдохнуть морально и физически на несколько недель, оставив ребенка в хосписе;

- Программа «Родительский клуб» – группа родительской самопомощи в адаптации в условиях длительной болезни (психоэмоциональная разрядка, помощь психотерапевта в критических ситуациях);

- Программа «Волонтер в летнем центре отдыха «Аист» – программа отдыха для тяжело больных детей, их братьев и сестер, родителей и семей, переживших утрату;

- Программа «Горевание» – групповая и индивидуальная работа с родителями и родственниками после смерти ребенка;

- Программа «Доктор-клоун» – выступления клоунов в хосписе для улучшения психоэмоционального состояния ребенка через радость, смех, восторг, удивление [28,60,120];

- Программа «Работа с сиблингами (вторыми детьми)» – психологическая помощь братьям, сестрам, родителям тяжелобольного ребенка;

- Программа «Горячая линия» – телефонная консультативная программа по психологическим и медицинским проблемам (с 8.30 до 20.00 ежедневно)

- Программа «Волонтерская программа» – работа группы единомышленников, помогающих тяжело и безнадежно больным детям и их семьям Самые популярные волонтерские программы «Друг семьи», «Волонтер в летнем центре отдыха «Аист» и «Автоволонтерство»;

- Программа «Обучающая программа» – курсы ПалМП по повышению профессионального уровня специалистов, работающих с безнадежно больными детьми;

- Программа «Издательская программа» – издание и перевод литературы по ПалМП.

Позитивная информация помощи детям с фатальной патологией передается всеми доступными способами устно, через СМИ и сеть интернет.

Не будучи знакомым с системой оказания медицинской помощи, можно неверно истолковать термин проекта, созданного в 2007 г. ВОЗ совместно с Детским фондом ООН – ЮНИСЕФ, приведенный ниже.

➤ **Больница, доброжелательная к ребёнку**

«Больница, доброжелательная к ребенку» – это международный знак качества, статус ВОЗ / ЮНИСЕФ, подтверждающий, что роддом или поликлиника (АПО) создали условия для успешного грудного вскармливания. Принципы включают раннее прикладывание, совместное пребывание матери и младенца, отказ от кормления смесями без показаний и поддержку матерей [20,61,74].

Инициатива «Больница, доброжелательного отношения к ребенку» – это инициатива ВОЗ (ЮНИСЕФ) по созданию в организациях здравоохранения благоприятных условий для грудного вскармливания и реализации рекомендаций «Десять шагов на пути к успешному грудному вскармливанию», определяя статус подобной организации здравоохранения.

Основные принципы инициативы:

- Специалисты: персонал обучен консультированию по грудному вскармливанию.

- Контакт «кожа к коже»: раннее прикладывание к груди в первые минуты жизни.

- Совместное пребывание: мать и ребенок находятся в одной палате 24/7.

- Вскармливание по требованию: отсутствие фиксированного графика кормления.

- Отказ от пустышек: не используются искусственные средства для сосания.
- Поддержка после выписки: консультации по вопросам вскармливания [61].

В Республике Беларусь этот статус подтверждается Минздравом и ЮНИСЕФ, а многие учреждения (роддома, детские поликлиники) активно внедряют эти стандарты для физического и эмоционального комфорта [60,143]. Для получения статуса «Больницы, доброжелательной ребенку», организация здравоохранения проходит внешнюю оценку Министерства здравоохранения Республики Беларусь и ЮНИСЕФ. Такой статус имеют: Учреждение здравоохранения «5-я городская клиническая больница», Учреждение здравоохранения «Минская областная детская клиническая больница» (с 2007 г.) и др. Так, 22 марта 2023 г. Министерством здравоохранения Республики Беларусь был проведен семинар «Круглый стол по оценке соответствия организации здравоохранения статусу «Больница, доброжелательная ребенку» на базе ГУ «РНПЦ «Мать и дитя».

УЗ «Минская областная детская клиническая больница» соответствует глобальным критериям ВОЗ, Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) и национальным критериям Республики Беларусь «Организация здравоохранения доброжелательного отношения к ребенку». В стационаре активно пропагандируется и продвигается инициатива грудного вскармливания. В 2022 г. здесь был проведен внутренний и внешний мониторинг соответствия организации статусу «Больница, доброжелательная ребенку».

Сохранение грудного вскармливания является приоритетной задачей современной педиатрии [57,64]. Научные исследования, практическая деятельность убедительно демонстрируют уникальные преимущества грудного молока не только для обеспечения полноценного роста, морфологического и функционального созревания органов и

систем ребенка, но и для профилактики отдаленных метаболических нарушений. Организация успешного вскармливания в стационаре, оказывающем помощь новорожденным и детям грудного возраста – очень важная задача наряду с выхаживанием и лечением, поддержку данного типа вскармливания осуществляют в женских консультациях и детских поликлиниках («Школа молодого родителя»), в Центрах, дружественных подросткам. Значительную роль в популяризации грудного вскармливания отводят Пвр и МС, повышающим валеологическую грамотность* молодых людей, также тиражированию опыта воспитания детей в многодетных семьях.

§ 2.5. Опыт оптимизации труда медицинского персонала по проекту «Заботливая поликлиника»

Логичным продолжением работы с ребенком, выписанным из стационара «Больница, доброжелательная ребенку» является развитие инициативы «Заботливая поликлиника», проект которой был осуществлен в 2017 г. [114].

Стратегия политики ВОЗ «Здоровье-2020», направленная на выполнение Целей устойчивого развития (ЦУР) на основе принципа охвата всех этапов жизни пациентов, была направлена на «значительное улучшение здоровья и повышение уровня благополучия населения, сокращение неравенства в отношении здоровья, укрепление охраны общественного здоровья и обеспечение наличия универсальных, устойчивых и высококачественных систем здравоохранения, ориентированных на человека» [12]. В этом документе был обозначен приоритет профессионального образования, направленный на подготовку компетентных специалистов сестринского дела, «способных удовлетворять меняющиеся потребности населения и использовать новые технологии и модели предоставления медико-санитарной помощи». Анализ базировался на итогах 10 лет I

Европейской министерской конференции ВОЗ в Минске (21-22.10.2015), на которой был принят девиз: «Действовать раньше, действовать вовремя, действовать сообща».

В 2017–2018 гг. в Минске было начато осуществление проекта Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Заботливая поликлиника», ранее апробированный в Российской Федерации под названием «Бережливая поликлиника» (2015–2017 г.). Он базировался на давнем опыте в 1933–1949 гг. организации труда «Бережливое производство» («КАМБАН» – поджарый) в фирме «Тошиба» под руководством Сакачи Тойода (Япония). Исторически традиционное трудолюбие японцев, помноженное на новые технологии менеджмента, привели к известным в мире опубликованным результатам, определенными итогами в союзном государстве поделилась Российская Федерация [114].

Особенностями концепции организации труда в системе здравоохранения по принципу «Заботливая поликлиника» явились следующие положения:

- в ее осуществлении участвовали не только руководители, но и все сотрудники, т.е. был использован *командный подход* к исполнению и приверженности [11,42,58,60,69,72];

- итогом проекта было развитие у обслуживаемого населения социально-гигиенической адаптированности,* а для специального контингента послужить примером социальной фасилитации*;

- применение идеи «Заботливая поликлиника» был актуализирован не как разовая акция, а как *инструмент постоянного ежедневного совершенствования труда* медицинского персонала.

Применение инструмента управления основывалось на системе 5 С – принципах, влияющих на эффективность медицинской помощи и безопасность условий труда как шагов по применению данной технологии (Шаги использования технологии 5 С согласно приказу Министерства

здравоохранения Республики Беларусь от 16.11.2018 №1186): сортировка (сэйри), отделяющая необходимое для работы МС здесь и сейчас, от ненужного на рабочем месте (инструменты, документы); рациональное размещение (сейтон) с помощью элементов соционики; уборка и сохранение рабочего места в чистоте (сейсо).

При осуществлении данной технологии применялись действия, влияющие на эффективность медицинской помощи и безопасные условия труда (Шаги использования технологии 5 С согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.11.2018 № 1186):

- стандартизация типичной деятельности (сейкецу) за счет выполнения первых трех «С» (определить, что создает ценность оказания медицинской помощи с точки зрения пациента, определить, какие процессы ориентированы на предоставление потребителю ценности, например, по сохранению и укреплению здоровья, а какие нет;
- определить необходимые действия в цепочке оказания медицинской помощи и устранить потери, что позволяет определить потенциальные возможности для улучшения процессов;
- перестроить действия в последовательности предоставления медицинской помощи как потока последовательных работ, между которыми не было бы ожиданий, простоев или иных потерь, состоять из действий, добавляющих ценность качеству предоставленной медицинской помощи (услуги);
- совершенствование и дисциплина (сицуке), предполагающая выполнение первых четыре «С», доведенных до автоматизма привычек.

В соответствующем документе были отражены основные принципы системы Lean «Заботливая поликлиника» (стандартизация работы) (приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.11.2018 № 1186):

- делать только то, что нужно пациенту (актуальность) и в таком объеме, которое необходимо населению.

Такова идея, но это не совсем согласуется с ментальностью людей, ориентированных на лечение, но не на предупреждение;

- стремиться к совершенству за счет постоянного сокращения ненужных действий (оптимизация алгоритма). Реализация системы «Бережливого здравоохранения» не может являться разовым мероприятием. Взявшись за внедрение этой системы необходимо постоянно совершенствовать работу за счет поиска и устранения потерь;
- действия в чрезвычайных ситуациях (принцип «дзидока» – остановка производства в случае возникновения ошибки.

Инструменты проекта «Заботливая поликлиника»:

- **5 S** – методология улучшения, входящая в состав подхода Кайдзен, позволяющая сократить потери, связанные с плохой организацией рабочего места.
- **Андон (Andon)** – визуальная система обратной связи, дающая возможность всем сотрудникам видеть состояние дел у других и своей собственной работы, предупреждает о необходимости помощи коллегам, позволяет, в случае возникновения проблем, остановить производственный процесс.
- **Канбан** – система регулирования потоков материалов и товаров внутри ОЗ и за ее пределами – с поставщиками и заказчиками, позволяющий сократить потери, связанные с запасами и перепроизводством.
- **SMED (Single Minute Exchange of Die)** – система, позволяющая сократить потери времени, связанные с подготовкой рабочего места и медицинской аппаратуры к использованию.
- **Стандартизация** работ является элементом подхода кайдзен, позволяющего документировать процессы в электронной форме, за счет чего создается основа для улучшения деятельности всей ОЗ.

- **Рока-Йорк** – метод моделирования ошибок и их предупреждения при оказании медицинской помощи, позволяющий сократить потери, связанные с ошибками в оказании медицинской помощи [114].

Критериями выбора экспериментальной площадки для проекта «Заботливая поликлиника» послужили следующие показатели (на 10 тыс. населения в 2013–2016 гг. в среднем по стране):

1. Обеспеченность (педиатрами – 4 на 10 тыс. населения, Пвр/МС – 9,69/9,73; в Российской Федерации – 10,35.

2. Укомплектованность педиатрами – 95,7, Пвр/МС – 96,9/97; в Российской Федерации – 86,6.

3. Коэффициент совместительства врачей – 1,26, Пвр/МС – 1,27/1,25; в Российской Федерации – 1,1 [63,98,123].

Для осуществления проекта «Заботливая поликлиника» были устранены недостатки нормативной базы от реалий социально-экономической политики (приказы Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.11.2018 г. №1185,1186,1188), несоответствие внутренней структуры АПО и содержания работы педиатра в команде в Прв и МС, следствием чего была низкая конкурентоспособность, несовершенство финансово-экономического механизма стимулирования деятельности среднего медицинского персонала, недостатки в организации преемственности на разных этапах оказания медицинской помощи детям [42,43].

Ожидаемыми достоинствами проекта были оптимизация осуществления комплексной медицинской помощи (диагностика, лечение, медицинская реабилитация, первичная и вторичная профилактика) в условиях АПО; более рациональная логистика маршрута обеспечила экономию времени за счет конкретизации цели посещения (профилактическая, лечебная, реабилитационная, оздоровительная) и устранила временные потери от очередей; повышение доступности консультативной медицинской

помощи за счет логистики, эффективного использования имеющихся площадей за счет дизайна и иных технологий, коллегиальности в силу организации работы команды и условий для взаимодействия (Ларсон Ла Фасто: «Эффективно действующая команда ясно представляет цели своего существования, роли в команде», 1989).

Принципы оказания ПМП по модели «Заботливая поликлиника»:

- оптимальная численность врачей, Пвр и МС, оказывающих помощь в АПО;
- оптимизации функциональных обязанностей и численности закрепленного для наблюдения населения включает организацию сестринского поста, создание патронажной службы;
- использование резервов повышения эффективности деятельности ОЗ (по Сон И.М., Сененко А.Ш., 2016): изменение структуры рабочего времени медицинского персонала с акцентом на увеличение затрат времени на основную деятельность, оптимизация документооборота (новые информационные технологии), внедрение новых организационных технологий (перераспределение функций и применение новой модели стационарозамещающих технологий оказания медицинской помощи);
- перераспределение функций немедицинскому персоналу (ведение документооборота секретарем врача, сопровождение пациента по индивидуальному маршруту к специалисту регистратором, полнота доврачебной помощи Пвр, консультативная поддержка по «Школе пациента» валеологом;
- преемственность и комплексность оказания ПМП в осуществлении первичной профилактики, лечения, медицинской реабилитации, вторичной профилактики вследствие создания команд медицинских работников;
- удовлетворенность пациента доступностью и качеством медицинской помощи;

- оптимизация управления АПО была нормализована в ходе проекта.

В ходе осуществления проекта были установлены недостатки, касающиеся материально-технического обеспечения особого рабочего места Пвр и МС, полноты оснащения сумки-укладки МС патронажной, дефицита средних медицинских работников, отсутствия разницы в зарплате за сложность и напряженность труда в начале проекта [39,117,124,125,141]; недостаточная скорость ИТ программ, неполнота программного обеспечения труда в регистратуре и на рабочем месте Пвр; несовершенство практических навыков Пвр и МС в АПО по работе на аппаратуре нового поколения. Применение разработанного норматива нагрузки для Пвр и перераспределение его функций способствовали качеству работы команды в проекте [91].

Согласно опыта российских медицинских ученых в проекте Российской Федерации были применены методы оптимизации «Бережливая поликлиника», доказавшие свою эффективность (Сон И.М., Сененко А.М., 2017) [114]:

- в записи на прием к врачу использовали обучающие буклеты, упрощение интерфейсов ИТ, электронное дело-производство, исключение повторного обращения в регистратуру, уменьшение времени от обращения до завершения записи в 3 раза (с 127 до 43 мин.);

- запуск процедуры выписки рецепта врач запускал без участия родственников пациентов и служб при получении льготных рецептов, что уменьшило время от обращения до приглашения в кабинет (с 87 до 5 мин.);

- сбалансированность нагрузки на приеме и визите на дом Пвр за счет новых нормативов деятельности.

Отказ от бумажных носителей информации о пациенте за счет электронной карты и электронного рецепта, увеличивших пропускную способность на приеме. Качественно новые требования к соблюдению медицинской

этики в цифровой среде предъявляет цифровая трансформация здравоохранения и растущая потребность в критическом осмыслении медицинской информации, что было учтено в проведении проекта.

Главным постулатом концепции доказательной медицины, использованным в проекте, было то, что каждое клиническое решение по оказанию помощи детям должно было базироваться на научных фактах. Для получения информации врачу и среднему медицинскому работнику необходимо ориентироваться в потоке современной информации, в том числе из интернета. Медицина – постоянно развивающаяся область знаний [105,113].

Поскольку врачу физически невозможно помнить все, схемы его размышлений о вариантах ведения пациентов, примененных алгоритмах постоянно меняются в соответствии с текущим состоянием здоровья, то медицинские работники и пациенты пополняют свои знания из доступных источников – вследствие этого нужно быть в тонусе, начиная с работника регистратуры, для которых была организована особая учеба с привлечением специалистов IT-сферы, юристов, руководителей.

Технологии позволяют получать информацию из надежных и достоверных источников: интернет-сайта «PubMed» Национальной медицинской библиотеки США (бесплатного и не требует подписки); Американская психологическая ассоциация дает интернет-сайт «PsyINFO» (бесплатные рефераты и краткие обзоры статей); электронная база контролируемых исследований Кокрейновской библиотеки в Соединенном Королевстве «CENTRAL» (только для подписчиков). Следить за новостями публикаций по специальности можно на сайте Evidence Updates (рассылает подписчикам по электронной почте). Если нет знания английского, можно пользоваться автопереводчиками (Гугл и Яндекс, сайт <https://>

[//www.deepl.com](https://www.deepl.com), а если некорректный перевод медицинского термина, то можно обратиться на сайт <https://www.multitran.com> [105].

Базовые требования в цифровом здравоохранении с целью защиты прав пациентов и медицинских работников еще не до конца разработаны, но классика принципов информированного согласия, «не навреди», безопасности, предотвращения воздействия рисков на качество медицинской помощи сохраняют актуальность для всей сферы здравоохранения, за которым стоит нормативное регулирование [1,4,82,86,90,119].

С целью адаптации персонала к цифровой реальности в ОЗ практически организуются обучающие семинары «Конфиденциальность в эпоху смартфонов», «Доверие и контроль: роль искусственного интеллекта», «Всегда ли прав ИИ: кто отвечает за ошибку – человек или машина» и др.; специализированные тренинги с привлечением IT-специалистов по безопасности данных и внешних экспертов из этических комитетов; система наставничества [58]; мониторинг цифрового следа сотрудников при использовании служебной техники и корпоративной почты, обоснованности обращений к электронной медицинской карте пациента; корректировка внутренних документов по результатам контроля наставничества [58,60,63,70,72,77,82,84,85,109,116,120,122,126,139].

Функциональные обязанности Пвр в АПО по проекту:

- самостоятельный прием Пвр или одновременно с приемом врача, но с выполнением функций доврачебного приема, использованием инструментальных методов диагностики, осуществление профилактической работы, диспетчеризация потоков и выработка оптимального маршрута для пациента;
- работа в смену, противоположную смене врача, с возможностью консультативной помощи от заведующего

отделением, врача неотложной помощи, что обеспечивает 12 час. доступность МП (пилотный проект в 2018 г.);

Нормативы деятельности Пвр по модели (чел./час)¹

- на амбулаторном приеме число посещений на 1 час приема 3,35 чел./час.

- число посещений на дому на 1 час 1,79 чел./час.

Новое место Пвр в модели «Заботливая поликлиника»

- Оптимизация функций Пвр за счет передачи части функций немедицинскому персоналу;

- Перераспределение функций врача и Пвр по содержанию профилактической работы и уходу;

- Изменение содержания имеющихся функций;

- Пересмотр норм нагрузки на МС по системе 5С.

Медицинская помощь, ориентированная на пациента, обеспечивалась новыми формами и элементами организации работы регистратуры.

Информатизация АРМ «Регистратура» с более широким диапазоном элементов цифровизации и автоматизации работы регистратура («Горячая линия», личный прием граждан руководством по курации, электронные формы взаимодействия через сайт ОЗ, организация SKYPE-консультирования для маломобильных пациентов (рекомендации врача по действиям в различных ситуациях и по вторичной профилактике, ориентир в потоке информации из разнообразных источников), QR-код (Quick Response – быстрый отклик) с оперативным ответом, работа с населением в социальных сетях, доступность листа предложений и проблем, общественные советы при АПО).

¹ Статистика расчета показателей была произведена по методике Шиповой В.Н. (1989) по материалам статистики УЗ «27-я городская поликлиника г. Минска» за 2009–2010 гг. и УЗ «34-я городская поликлиника г. Минска» [42,43].

Формой демократизации деятельности персонала во взаимодействии с пациентами явились общественные советы учреждений (согласно приказу по комитету по здравоохранению Мингорисполкома от 29.03.2010 г. №178 «О создании общественного совета учреждения здравоохранения», на заседаниях которого совместно с администрацией ОЗ рассматривалось состояние работы учреждения по направлениям, оперативно решались медико-социальные проблемы, поднятые при обращениях граждан, вносились предложения по совершенствованию работы, осуществлялся контроль за реализацией принятых Советом решений.

Обратиться для справочной информации или записи на прием можно разными удобными способами: телефон, личное обращение, интернет, мобильная связь, инфокиоск.

Использованы комфортный для пациентов дизайн регистратуры (рабочее место администратора инфозоны в холле регистратуры), удобство и оперативность записи на прием (инфокиоск для предварительной записи дистанционно), получение справок, льготных рецептов и результатов анализов отдельным потоком, удобство маршрутизации передвижения пациентов с ОПФР и детей с инвалидностью (без барьерная зона) и оперативность доступа к профилактическим мероприятиям для этой группы пациентов, приветливость и квалификация персонала [58].

Элементы «Открытой регистратуры» обеспечивались разделением рабочих мест медицинских регистраторов, организацией работы картохранилища с постепенным переходом на электронную карту пациента (включала мед-регистратора-логистика, 2 должности картоноши); предварительной записью на прием; посещением медицинского работника (Пвр) в день обращения и при обращении по срочным поводам, записью к профильным специалистам особо выделенной категории пациентов-инвалидов, работой CALL-центра (рубрика «вопрос – ответ» в форме

прямого диалога, не подлежащие рассмотрению в рамках Закона «Об обращениях граждан») и формированием информационной зоны для этой категории пациентов с включением сервисов. Обратная связь в холлах АПО обеспечивалась размещением листов проблем и предложений, в котором ежедневно пациенты могли оперативно отражать предложения, замечания, оценку работы.

В модели «Заботливая поликлиника» применялось два метода взаимодействия в команде: по горизонтали (межведомственный подход с изменением функциональной преемственности МС педиатрической в части преемственности с территориальной социальной службой) и по вертикали (междисциплинарный подход с привлечением к консультированию специалистов по индивидуальным потребностям текущего состояния пациента).

Поскольку функциональным обязанностям Пвр в опубликованных ранее работах этот вопрос авторами подробно освещался с разделением основной деятельности на зависимую и независимую, а вспомогательные виды деятельности значительно расширены, учтены новые цифровые технологии в его труде, не останавливаясь на них подробно [42,58,60,69,72,114,132]. Нам импонирует девиз японцев: трудолюбие, помноженное на терпение, как нигде более необходимый для повседневной работы МС патронажной.

Алгоритм работы МС патронажной:

1. Список пациентов, нуждающихся в наблюдении МС патронажной, составляется ежемесячно с указанием кратности проведения патронажей, необходимых обследований для формирования реестра педиатра, Пвр и МС; списки на следующий месяц составляются совместно со старшей МС, представляются ей до 20 числа каждого месяца. В период проведения патронажей кратность может меняться.

2. В ежемесячном плане проведения патронажей указывается требуемый комплекс обследований пациентов согласно индивидуальному плану его наблюдений.

3. Планируется выделение автотранспорта 1 раз в неделю для выполнения назначенных обследований в ходе патронажа (регистрация ЭКГ, измерение внутриглазного давления, забор крови системой «вакутаймер», иные).

4. Подает ежедневный отчётный лист старшей МС, в котором отражаются сведения о состоянии здоровья пациентов, согласно кодировки:

1 – прежнее, без изменений.

2 – состояние ухудшилось нуждается в активном посещении врача или помощника врача.

3 – нуждается в срочной госпитализации.

5. Старшая МС информирует врача-педиатра участкового, заведующего отделением при ухудшении состояния здоровья наблюдаемого пациента.

6. Достоверность и качество проведенных патронажей контролируется старшей МС еженедельно, главной МС – ежемесячно [58,60,71].

Модель организации медицинской помощи на дому патронажной группе пациентов «Заботливая поликлиника»

Цель: Обеспечение необходимым объемом медицинской помощи пациентов патронажной группы путем проведения планового (регулярного) медицинского сопровождения специалистами со средним медицинским образованием на дому.

Функции:

1. Формирование и ведение реестра пациентов.

2. Проведение индивидуальной оценки пациентов.

3. Разработка индивидуальных планов врачебного и сестринского наблюдения.

4. Контроль медикаментозной терапии, выписка рецептов.

5. Оказание ПМП пациентам патронажной группы на дому:

- диспансерное наблюдение (включение пациента к патронажной группе осуществляют по критериям индивидуальной оценки по шкале Лаутона и Бартела) [27,29,87,91];

- мероприятия индивидуальной программы медицинской реабилитации [56,73,83,92,141,142]. Сюда включены физические упражнения для детей разного возраста (прил.5-7) и основные двигательные навыки (прил. 8,9);

- санитарное просвещение, социально-психологическая адаптация к жизни с болезнью [58,64,77,78];

- обучение родственников правилам ухода за патронажными членами семьи [58,64-66,110,150], включая профилактику пролежней (прил.2)

- пользование критериями отнесения пациента к патронажной группе на основе индивидуальной оценке по шкалам Лаутона и Бартела [11,91,118] (прил.2).

Функциональные обязанности МС патронажной группы

1. Сбор жалоб, анамнеза, осмотр пациента (оценка состояния в динамике, оценка кожных покровов, измерение температуры тела, артериального давления, пульса, частоты дыхательных движений, мониторинг боли (анкетирование) [141].

2. Выполнение лечебно-диагностических мероприятий по назначению врача (перевязки, инъекции, обработка пролежней) [43,58,60,64,65,66].

3. Забор материала на лабораторные исследования, регистрация ЭКГ [58,60].

4. Контроль выполнения назначений и рекомендаций врача родственниками или сиделкой пациента [58,60,141].

5. Динамическое наблюдение за пациентом [142].

6. Информирование врача об изменении состояния пациента, о результатах проведенных лабораторных и инструментальных исследований.

7. Мониторинг записи и выполнения осмотров на дому узкими специалистами (при назначении консультации врачом) [64].

8. Проведение вакцинации на дому [133,139].

9. Ведение медицинской документации установленного образца и электронного реестра пациентов, заполнение форм отчетной документации с элементами цифровизации в форме АИС «Пвр и МСОП: уход за пациентом на дому» [65].

10. Ведение медицинской документации установленного образца в пределах компетенции.

11. Контроль своевременной выписки лекарственных препаратов, взаимодействие со специалистами социальных служб [39,43,58,60,71].

Для реализации пилотного проекта «Заботливая поликлиника» была создана нормативная правовая база, которая совершенствовалась в процессе осуществления проекта. Проводилась серия обучающих семинаров, которая знакомила с моделью оказания ПМП по принципу «Заботливая поликлиника», включившей оптимизацию функций Пвр и МС на приеме, на визите, при патронаже, новые должности и функции регистратуры. Придано новое содержание вторичной профилактической работе ВОП, Пвр, МС в области медицинской реабилитации, ПалМП детям, социально-гигиенической адаптированности*, частичному управлению здоровьем* [14,461,68,71].

Была осуществлена эффективная работа Пвр в 2-х вариантах: параллельно с работой педиатра или в противоположную смену, обеспечивая диспетчеризацию и маршрутизацию пациентов при консультировании с заведующим отделением.

Путем повышения роли среднего медицинского персонала и Пвр явилась передача части функций по ведению

электронной карты пациента, электронного рецепта, иной документации и сопровождению «маршрута на случай лечения» через их закрепление за секретарем (Пвр, МС или регистратором).

Дополнительными бонусами качества медицинской помощи пациентам с ОПФР и детям-инвалидам является электронное разделение потоков пациентов, пришедших с профилактической и с лечебной целью, унификация бланков направлений, индивидуализация алгоритма прохождения специалистов, лабораторная экспресс-диагностика, оптимизация доступа к результатам анализа для врача и пациента, увеличение скорости регистрации при системе электронной записи и в работе IT систем и нормирование труда специалистов ВОП.

Имеющиеся кадры, их перераспределение, введение новых должностей, а также нормирование труда Пвр и МС в ходе проекта дали основания для успешности проекта «Заботливая поликлиника» по концепции «Бережливое здравоохранение».

Выявлены преимущества модели из проекта «Заботливая поликлиника»: для системы здравоохранения – достижение конечных целей через более экономичные и рациональные механизмы; для пациентов – доступность, качество, удовлетворенность системой здравоохранения.

В осуществленном пилотном проекте «Заботливая поликлиника» была актуализирована технология управленческого общения, высказанная Теодором Рузвельтом: «Самая главная формула успеха – знание, как обращаться с людьми. Воспитать человека интеллектуально, не воспитав его нравственно – значит, вырастить угрозу для общества».

Итогом проекта «Заботливая поликлиника» стало постепенное воспитание у населения социально-гигиенической адаптированности*, которая влияет на социальную фасилитацию* наблюдаемого контингента населения АПО.

Проект «Заботливая поликлиника» Министерства здравоохранения Республики Беларусь в полной мере базировался на мысли знаменитого Р. Эмерсона: «Энтузиазм – один из самых мощных двигателей успеха. Делая что-то, делайте это со всей своей энергией. Вкладывайте в работу всю душу. Труд должен нести в себе отпечаток вашей индивидуальности. Будьте активны, энергичны и преданны – и вы добьетесь своего. Все самое удивительное и великое в мире было бы невозможно без энтузиазма». Благодарность исполнителям проекта – в сердцах наших пациентов.

Выводы. Известно, что среди детей с ОПФР часть является социальными сиротами при живых родителях, отказавшихся от своих обязанностей к рожденной жизни, обусловившей ухудшение качества жизни таких ребят. Семьи, в которых появляются нежеланные дети с последствиями для их здоровья от вредных привычек и патологической наследственности родителей – свидетельство неблагополучия общества [25,34,41].

Преимущества, продемонстрированные проектом «Заботливая поликлиника», могут быть использованы другими АПО, при условии специальной нормативной подготовки, изменения должностных полномочий, преемственности и дополнительной разъяснительной работы с семьями детей-инвалидов. Внимание правоохранительных органов к маргинальным семьям остается предметом их заботы, а медицинские работники являются теми, кто выявляет многообразные преступления в отношении жизни и здоровья детей их асоциальных семей, способствуя защите прав такого ребенка.

Раздел III. Результаты анализа и направления действий по совершенствованию помощи детям с особенностями психофизического развития, детям с особыми образовательными потребностями и детям-инвалидам

§ 3.1. Понятие о синдроме жестокого обращения и профилактика социального сиротства

Насилие в отношении детей не приемлемо, любое насилие можно предотвратить. Это стало главным выводом Глобального исследования ООН о насилии в отношении детей, проведенного в 2006 г. В 2015 г. Специальный представитель ООН по вопросу о насилии в отношении детей опубликовал результаты всемирных консультаций с детьми, которые выявили, что защита от насилия представляет собой второй по важности приоритет после образования [34].

Государства имеют закрепленное в международном праве обязательство защищать детей от насилия. Конвенция ООН о правах ребенка гарантирует право детям на свободу от насилия, в том числе от всех форм физического или психологического насилия, оскорбления или злоупотребления, отсутствия заботы или небрежного обращения, грубого обращения или эксплуатации, включая сексуальное насилие.

Европейская конвенция о защите прав человека (ЕКПЧ), которая запрещает все формы пыток, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения (статья 3), распространяется на детей в той же мере, как и на взрослых. В правовой практике Европейского суда по правам человека (ЕСПЧ), касающейся насилия в отношении детей, четко устанавливается, что государства несут позитивную обязанность принимать эффективные меры

по защите детей от насилия. Именно поэтому задача положить конец насилию в отношении детей включена в Цели устойчивого развития ООН до 2030 г. [12].

В 2016 г. ООН стала инициатором глобального партнерства против насилия. Борьба с насилием в отношении детей является также и одним из приоритетов Стратегии Совета Европы в сфере прав ребенка.

Справка. Совет Европы принял Стамбульскую конвенцию о предупреждении и борьбе с насилием в отношении женщин и с домашним насилием, а также Лансаротскую конвенцию о защите детей от сексуальной эксплуатации и сексуального насилия.

Вооруженные конфликты, переселение и бедность – это не единственные условия, в которых происходит насилие. Чаще всего насилие имеет место в разных условиях повседневной жизни ребенка, в том числе в их семьях и ближайшем социальном окружении. Домашнее насилие является одной проблемой, которая существует во всех, без исключения, странах мира [21,34,41].

По определению ВОЗ, насилие – это преднамеренное применение физической силы или власти, действительное или в виде угрозы, направленное против себя, против иного лица, группы лиц или общины, результатом, которого являются (либо имеется высокая степень вероятности этого) телесные повреждения, смерть, психологическая травма, отклонения в развитии или различного рода ущерб.

Семья – достаточно закрытая система, происходящие в ней негативные моменты (ссоры, конфликты, наказания), чаще всего, скрыты от окружающих и труднодоступны для общественности и правоохранительных органов. В семье наиболее частыми жертвами насилия становятся женщины и дети. Согласно официальным данным статистики каждая третья женщина в стране страдает от физического насилия в семье, в то время как за помощью обращается лишь треть из них. Дети, в свою очередь, могут

становиться как невольными свидетелями, так и непосредственными жертвами насилия.

Надо понимать, что периодические ссоры в семье явление рядовое и полностью избежать данного варианта выяснения отношения не удастся. Опасность представляют ситуации, когда агрессия переходит границы и носит brutalный, постоянный характер. Это не только может принести физический вред здоровью ребенка, но и негативно сказаться на его психическом состоянии, в том числе послужить причиной патологических изменений характера, перейти в дальнейшем во «вредную привычку» выяснять любой конфликт при помощи вербальной и даже физической агрессии.

В первом физиологическом кризовом периоде (2,5-4 года) происходит появление изменений в общении детей, лишенных матери или воспитывающихся в детском доме, называемые аутистическиподобным синдромом экзогенного генеза. Автор (J. Nissen) подчеркивал возможность тяжелых депрессий и задержек развития под влиянием сиротства, установив случаи задержки умственного развития в 79% случаев у детей сирот, воспитывающихся в домах младенца с первого года жизни (в популяции этот процент не превышает 8-10%).

Насилие в семье – это целенаправленное эмоциональное или силовое принуждение (действие) одного человека над другим человеком, осуществляемое с определенной целью, вопреки согласию, воле и интересам пострадавшего. Основное отличие насилия в семье от других видов насилия заключается в том, что оно происходит между людьми, состоящими в близких или родственных отношениях [41].

Домашнее насилие – это преднамеренное применение различных форм физического, сексуального, психологического и экономического насилия одним членом семьи в отношении другого, результатом которого являются телесные повреждения, эмоциональная травма, отклонения

в развитии или различного рода ущерб. Согласно официальной позиции ВОЗ, причины насилия отчасти обусловлены биологическими или иными личностными факторами, предрасположенностью человека к агрессии, однако, чаще всего, такие факторы взаимодействуют с семейными, культурными и прочими факторами внешнего характера и таким образом создают ситуацию, в которой возникает насилие.

Одна из главных особенностей домашнего насилия – повторяющиеся инциденты разных видов насилия (физического, психологического, сексуального и экономического). Они являются важным показателем, отличающим «домашнее насилие» от «конфликта». Конфликт обычно имеет свое завершение, насилие же характеризуется систематичностью. Конфликт имеет в основе проблему, которую можно решить [6,11,41,115-117,120].

В ситуации с насилием в семье один человек постоянно контролирует другого с применением силы, а это приводит к психологическим и/или физическим травмам, страшным для здоровья и жизни беззащитных детей. Информировать об этом соответствующие надзорные органы обязаны все медицинские (педагогические, социальные) работники, равнодушные соседи, столкнувшиеся с фактом жестокого обращения с ребенком [31,41,120]. Особенностью домашнего насилия, усугубляющего психологическую травму, является то, что обидчик и пострадавший – близкие люди.

Известно несколько видов насилия:

Физическое насилие – прямое или косвенное воздействие на жертву с целью причинения физического вреда, выражающееся в нанесении увечий, тяжелых телесных повреждений, побоях, пинках, шлепках, толчках, пощечинах, бросании объектов и т. п. Известна статистика о том, что ребята с ограниченными возможностями в 4 раза чаще подвергаются насилию, чем здоровые дети.

Сексуальное насилие – насильственные действия, при которых человека силой, угрозой или обманом принуждают вопреки его желанию к какой-либо форме сексуальных отношений.

Психологическое – нанесение вреда психологическому здоровью человека, проявляющееся в оскорблениях, запугивании, угрозах, шантаже, контроле и т. п.

Экономическое насилие – материальное давление, которое может проявляться в запрете работать или обучаться, лишении финансовой поддержки, полном контроле над расходами, недостаточность питания и голодание.

Медицинское насилие – халатность и несвоевременность, проявленные при выдаче лекарств, намеренная передозировка лекарственного препарата либо умышленный отказ больному человеку в получении необходимого лекарства.

Пренебрежение – безответственность или неспособность обеспечить человеку необходимые для жизни условия: еда, питье, чистая одежда, безопасное и удобное жилье, помещение, средства личной гигиены, медицинское обслуживание и другое.

Ярко выраженные признаки насилия представлены следующим [41]:

Физическое насилие: следы ударов, шрамы, порезы на руках, лице, ногах и других частях тела; переломы или ушибы; следы ожогов, признаки белково-энергетической недостаточности (например, в развитых странах распространенность составляет восемь из десяти детей-жертв) и низкий статус питания*[145,149].

Сексуальное насилие: сексуальное прикосновение к человеку без его согласия; принуждение человека раздеваться; принуждение человека вступать с ним в сексуальный контакт [41].

Психологическое насилие: постоянный крик и угрозы в сторону ребенка; ругань и использование неприлич-

ных слов; унижение человека; контроль поведения, изоляция, ограничение круга общения жертвы, «промыывание мозгов», допрос, шантаж; игнорирование просьбы ребенка.

Анализ использования психологического насилия различными членами семьи показывает, что родители почти в два раза чаще, чем братья и сестры, и в четыре раза чаще, чем другие взрослые в семье, используют психологическое насилие в отношении детей. Обращает на себя внимание тенденция усиления психологического давления родителей в зависимости от возраста детей: чем старше дети, тем чаще они выступают в роли жертвы психологической агрессии. Возможно, это обусловлено тем, что в периоды подросткового кризиса и юношеского самоопределения (12-17 лет) увеличивается количество нарушений поведения и конфликтов с окружающими.

Учащиеся специализированных учреждений значительно чаще, чем школьники, подвергаются психологическому насилию как со стороны отца и матери, так и со стороны братьев, сестер и других взрослых, живущих в их семье. Вероятно, это связано с тем, что дети, не отличающиеся примерным поведением, требуют к себе повышенного внимания и контроля со стороны родителей.

Финансовая эксплуатация: заказ услуг, совершение пожертвований или ненужных расходов; неожиданные финансовые проблемы или пропажа денег; использование банковской карты, когда человек не может ходить; пропажа денег на банковском счету или наличных.

Все виды насилия тесно взаимосвязаны. Если в семье агрессор практикует физические виды насилия, безусловно, это причиняет душевную травму, а не только физическую боль. Экономическое насилие строится зачастую на манипулировании и контроле. За сексуальным насилием обычно стоят физические травмы и последствия (ИППП, беременность, психологическая травма). Как

правило, сложно представить ситуацию, где агрессор применяет только лишь один вид насилия, зачастую жертвы страдают от одновременного проявления различных его видов.

Признаки внутрисемейного насилия:

1. Нарастание напряжения в отношениях. Возрастает недовольство в отношениях и нарушается общение между членами семьи. Со стороны агрессора происходит планирование и «подготовка». Он (она) может зрительно представлять себе картину следующего нападения. Такой человек тешится властью от воплощения своей фантазии, но в большинстве случаев насильник не осознает такой внутренней «подготовки», в силу различных причин. Одной из них может быть усвоенный «сценарий» отношений в родительской семье [21,34].

2. Насильственный инцидент – происходит вспышка жестокости вербального, эмоционального или физического характера. Сопровождается яростью, спорами, обвинениями, угрозами, запугиванием.

3. Примирение, при котором обидчик приносит извинения, объясняет причину жестокости, перекладывает вину на пострадавшего, иногда отрицает произошедшее или убеждает пострадавшую (жертву) в преувеличении событий. Жертве тяжело, а насильнику порой невыносимо быть в состоянии напряжения, связанного с фактом насилия, в связи с чем, чтобы избавиться от «тяжкого груза» ответственности, он (она) предпринимает некие действия. Обидчик приводит оправдания и обвиняет жертву в причине своего поведения. Как правило, жертве ставится в вину ее поведение. Например, «Если бы ты прибрала в доме, мне бы тебя бить не пришлось» или «Если бы ты вовремя приготовила обед, мне бы тебя бить не пришлось». Человек, практикующий насилие не раскаивается в том, что причинил боль своей жертве. Он может извиниться, чтобы избежать возможного наказания. Цель этой стадии - обеспечить свою безнаказанность.

4. «Медовый месяц» является сложной стадией. После насилия обидчик может превратиться в заботливого, верного, очаровательного и доброго человека, каким она, жертва, его полюбила. Он/она может повести в ресторан, купить цветы, уверять ее/его, что он/она изменится. Целью является удержать жертву в семье и сохранить видимость благополучия. Насильственный инцидент забыт, обидчик прощен. Многие женщины или мужчины возвращаются к своим партнерам-насильникам ради этого периода, когда «всё так хорошо!», «как будто в начале нашего знакомства!», «как он или она меня любит!». После «медового месяца» отношения возвращаются на первую стадию, затем цикл повторяется. С течением времени каждая фаза становится короче, вспышки жестокости учащаются и причиняют больше ущерба. Разработана система выявления фактов домашнего насилия, защита прав потерпевших и профилактика этого явления.

Законом Республики Беларусь от 04.01.2014 г. №122-З «Об основах деятельности по профилактике правонарушений» предусмотрена такая действенная мера, как вынесение защитного предписания, которое устанавливает гражданину, причастному к насилию в семье, ограничения на совершение определенных действий. Например, предпринимать попытки выяснять место пребывания пострадавшего ребенка, общаться с ним, распоряжаться совместной собственностью. Такое защитное предписание вступает в силу с момента его объявления и может действовать до 30 суток. За нарушение требований – административная ответственность [139].

Терпеть выходки и угрозы дебошира нельзя – следует немедленно обратиться к правоохранителям. Все образованные люди должны знать круглосуточную горячую линию для пострадавших от домашнего насилия: +375 (29) 367-32-32 (прил.3,4).

§ 3.2. О культуре взаимодействия медицинского персонала с родителями и детьми с особенностями психофизического развития, детьми с особыми образовательными потребностями, детьми-инвалидами

Культурой и этикой медицинских работников определяется качество оказания медицинской помощи детям с особыми потребностями. От знакомства МС с основами медицинской психологии*, достижения с семьей и особыми пациентами партисипативности*, воспитания социально-гигиенической адаптированности* во многом зависит качество общения, к которому необходимо стремиться для работы с пациентами-инвалидами и их окружением [43,59,62,68,107,108,115-117,131].

Слова древнегреческого врача Гиппократ: «Врач должен быть чистоплотным, ходить в хорошей одежде, ибо все это вызывает доверие больных» вот уже более двух тысячелетий остаются аксиомой нашей профессии.

Академик И.П. Павлов писал: «Слово врача может поднять всю скрытую возможность организма на борьбу с недугом, на его преодоление». Это в полной мере относится ко всем медицинским работникам, МС, акушеркам, Пвр, которые реализуют профилактическое консультирование, обучают навыкам ЗОЖ, мотивируют ребят к ответственности за своё здоровье, ухаживают за тяжело больными людьми. От того, как звучит их слово, зависит успех дальнейшего взаимодействия.

В современных условиях речь врача (МС) обретает новое звучание, становясь фундаментом системной работы по обеспечению доступной и качественной медицинской помощи, поскольку без доверия пациентов даже самые современные технологии и лекарства не дадут ожидаемого результата. Эти слова становятся не просто пожеланием, а системным требованием, основой для построения куль-

туры безопасности медицинской помощи, гуманного отношения к каждому пациенту [58,60,69,71,82,90,110,119,120].

Одной из этических проблем современности является взаимодействие с коллегами и пациентами разного уровня культуры, образования, опыта, возраста, особенностей характера. В помогающей профессии МС и врача качество общения повышает эффективность лечения и реабилитации, уменьшает число врачебных ошибок.

Особенности взаимодействия с разными категориями пациентов требует гибкости поведения и речи врача и МС:

- с детьми и родителями – доброжелательный тон, игровые элементы для отвлечения, подробное объяснение процедур взрослым;
- с подростками – уважение автономии, обращение на «Вы», по имени, избегание назидательности, признание их чувств;
- с *особенными* детьми – внимание к мелочам в проявлении их чувств, деликатность, уважение, учет сиюминутных и ожидаемых потребностей и помощь в их осуществлении, замедленный темп речи, чёткое произношение, терпение, учёт снижения слуха или зрения, ограничений двигательной активности, поддержание чувства значимости. Пациенты, имеющие физические (анатомические) дефекты, имеют отличительные особенности, проявляющиеся в повышенной обидчивости, чувстве стыда, брезгливости к себе, страхе перед общением, идее ущербности, самообвинении, раздражительности. У слепых пациентов выражены робость, нерешительность, зависимость от близких, сочетающаяся с законопослушанием, принципиальностью и справедливостью. В то же время у пациентов с тугоухостью высок уровень тревожности, обидчивости, стеснительности, подозрительности. На основании этих особенностей МС строит отношения

на этических принципах сострадания и милосердия к обделенным людям, сочетающихся с максимальной предупредительностью и заботой. Терпение, участие, строгая конфиденциальность, спокойное, доброжелательное и предупредительное отношение составляют суть взаимоотношений с такими ребятами:

- с пациентами с нарушениями слуха или зрения – прямой зрительный контакт, чёткая речь с выраженной артикуляцией, письменные инструкции;
- с тревожными – проявление спокойствия, искренний интерес, подробное разъяснение необходимости манипуляций;
- с агрессивными или «трудными» пациентами – сохранение дистанции, твёрдость, аргументация, привлечение коллег при необходимости, без принятия негативных посылов взволнованного пациента на личный счёт. Эти нормы закреплены в нормативных правовых актах, в работе комиссий по медицинской этике и деонтологии, учебных программах в медицинских вузах и колледжах [60,61,82,85].

Культура медицинского работника, проявляющаяся в деталях, становится инструментом для обеспечения качества медицинской помощи. Известны принципы успешного взаимодействия с пациентами: оно должно быть взаимным, ясным, структурированным, уважительным и с позитивным эмоциональным настроем.

Ключевыми точками самоконтроля МС при оказании медицинской помощи детям и подросткам с особыми потребностями становятся: внешний вид, санитарная (личная) гигиена и профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), культура общения с детьми и их семьей [57-60,71,125].

Качество медицинской помощи особенным в потребностях детям: от теории к практике

В Республике Беларусь осуществляется программно-целевое планирование, базирующееся на нормативных

актах, поручениях Главы государства, Правительства и органов государственного управления. Все это преследует цель обеспечения качества и доступности медицинской помощи всем жителям страны, под которой подразумевают не сумму выполненных манипуляций, отсутствие обращений, а совокупность конкретных, измеримых характеристик:

- Своевременность – помощь оказана тогда, когда она наиболее эффективна;
- Правильность выбора методов – профилактика, диагностика, лечение и реабилитация соответствуют клиническим протоколам и индивидуальным особенностям пациента;
- Достижение результата – состояние пациента улучшилось, осложнения предотвращены, качество жизни сохранено или восстановлено. Такая медицинская помощь должна удовлетворять потребности пациентов, соответствуя современным стандартам, уровню медицинской науки и культуре взаимодействия общества для помощи особенно уязвимым категориям людей – детям с особыми потребностями в образовании, медико-социально-педагогической помощи, нравственной поддержке слабых – сильными, создании без барьерной среды. Эти категории взаимодействия общества в целом и медицинских работников в частности, воплощаются в повседневной работе ОЗ [58,72].

Доступность – обеспечение связи пациента с ОЗ, (работа колл-центров и медицинских регистраторов): запись, навигация, отсутствие необоснованных отказов, работа с уязвимыми группами, приоритет в оказании помощи. Обеспечение без барьерной среды в ОЗ и учреждениях образования, обеспечивающих концепцию инклюзивного образования [14]. Для детей-инвалидов и их родителей в детских учреждениях образования организована без барьерная среда, предоставляется информация о наиболее

удобной логистике при посещении специалистов, находящихся в разных местах.

Адекватность – соответствие объёма и характера помощи реальным потребностям: не «меньше», но и не «больше» необходимого. В значительной мере это относится к организации питания детей с ОПФР и детям инвалидам, на котором остановимся ниже, а также к режиму физических нагрузок. Занятия ЛФК таким ребятам проводят только инструкторы, имеющие курсы повышения квалификации для учета специфики детских ограничений, согласно принципу «прежде всего – не навреди». Помимо прочего, применительно к детям с ОПФР медицинские работники должны владеть спецификой взаимодействия, поскольку неспособность вслушиваться в обращенную к нему речь, бесцельные движения и суетливость, импульсивность в ответах на вопросы и нетерпеливость в очереди, отвлекаемость на яркие стимулы могут у неопытной МС вызвать желание повысить голос, одернуть являются педагогически и психологически неуместными для детей, например, с СДВГ. Для обеспечения адекватности общения с такими ребятами целесообразны курсы повышения квалификации для педиатрического персонала специальных учреждений образования.

Преемственность – координация между этапами: первичная медицинская помощь (АПО, проект «Заботливая поликлиника») – специализированная медицинская помощь («Больница, доброжелательная ребенку» – медицинская реабилитация – контроль выполнения назначений (патронаж) облегчает логистику родителям с маломобильными детьми [3,11,18,27,51,56,139].

Эффективность – мониторинг соблюдения клинических протоколов (стандартных операционных процедур-алгоритмов), анализ отклонений, работа с индикаторами качества реабилитации (абилитации), осуществляемый врачом-реабилитологом [51].

Ориентированность на пациента – внедрение инструментов обратной связи, обучение персонала правилам общения с детьми, имеющими физические и ментальные ограничения функций, разбор обращений родственников как ресурс для улучшения качества медицинской помощи [58,60,72,120]. Модель реализации успешного взаимодействия с пациентом влияет на характер отношений с семьей больного ребенка. Наиболее распространена классификация модели медицинской коммуникации Р. Витча: *техническая, патерналистская, коллегиальная и контрактная*. Они базируются на критерии распределения ответственности между медицинским работником и пациентом, наделяя врача правом технического эксперта при самостоятельных решениях врача и пассивности пациента (техническая модель); руководящей модели врача-лидера со взятием на себя полноты ответственности за юридическую, психологическую, моральную сторону помощи (патерналистской); контрактной в условиях платной медицины, закрепляемой в договоре; и наиболее демократичной коллегиальной (партнерской) с активным участием пациента на основе взаимного уважения, консенсуса*, партисипативности*. Каждая из моделей может обеспечить хорошие результаты лечения, в зависимости от специфики заболевания и текущего психофизического состояния больного ребенка.

Безопасность – контроль инфекционной безопасности, предупреждение инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), безопасность рабочего места, лекарственной терапии, эксплуатации оборудования, находящийся в ведении руководителей структурных подразделений и всей ОЗ (учреждений образования) [35,58,71,118].

Примерно 40 тыс. смертей в мире обусловлены инфекционными болезнями ежедневно, к которым присоединилась опасность инфекции вследствие оказания медицин-

ских вмешательств. Свидетельством эффективности участия государства и системы здравоохранения в безопасность медицинской помощи и борьбу с инфекциями является снижение риска заражения пациента при оказании медицинской помощи благодаря комплексным административно-ресурсным и образовательно-кадровым решениям, статистические показатели деятельности в лечении туберкулеза [113], профилактики рака шейки матки в форме введения в Национальный календарь прививок от 84% онкогенного папилломавируса человека для 34 тыс. привитых девочек [113,126], вакцинопрофилактики 97,7% подлежащего населения [98].

Своевременность – управление потоками пациентов, оптимизация рабочих процессов, минимизация простоев и очередей за счет привнесения элементов цифровизации* [58,114].

Минимизация ошибок – внедрение чек-листов, систем двойного контроля, обучение на симуляторах, культура открытого сообщения об инцидентах, т.е. разнообразных форм и способов обеспечения качества предоставляемой пациентам медицинской помощи [58,60,72,115-116,120,141].

Научно-технический уровень – организация обучения согласно новым учебно-методическим и нормативным требованиям, регламентирование протоколами и алгоритмами, правовыми актами, документирование сестринского процесса, внедрение новых цифровых программ и методик, контроль за использованием современного оборудования [113].

Эти параметры закреплены в нормативной правовой базе Республики Беларусь по созданию условий для жизни, развития и получения навыков социализации детей с особыми потребностями, которая постоянно обновляется. Однако наличие нормативных документов не обеспечивает качество, их исполнение зависит от уровня ответственности и культуры медицинского работника,

проявляющейся в деталях – в том, как сотрудник соблюдает личную гигиену и санитарно-гигиенические требования [60,87,119,120], какова его речь, уровень личной ответственности за безопасность медицинской помощи, исключающей возможность возникновения ИСМП [15,42, 43,58,69]. Во многом эта ответственность и контроль отводится руководителям среднего уровня управления, главным (старшим) МС и заместителям главного врача [58,60,71].

Таким образом, общая культура медицинских работников и соблюдение ими принципов биомедицинской этики* наравне с другими требованиями обеспечивает пациентам линейку возможностей «хочу – могу – умею», необходимую им для сохранения самоуважения.

Первое впечатление от знакомства с МС – профессиональный внешний вид и этический имидж. Народная мудрость: «Встречают по одежке» в медицине приобретает буквальное значение. Внешний вид – это невербальный сигнал, который пациент считывает за первые секунды общения. Чистота халата, аккуратность, сдержанность в деталях, отсутствие излишних украшений, яркого макияжа формируют в сознании пациента образ профессионала, которому можно доверить самое ценное – здоровье и жизнь. Известно, что неформальный или небрежный стиль одежды МС может становиться причиной недоверия и провоцировать конфликтные ситуации.

Случай из практики: пациентка, мать ребенка, находящегося на лечении в БО, отказывала в проведении процедур ее дочери, ссылаясь на «недоверие к персоналу». При разборе ситуации выяснилось: мать оттолкнул не профессионализм, а внешний вид МС – яркий маникюр, массивные серьги, запах духов, что стало маркером вывода о «несерьёзном» отношении к лечению ее ребенка. После беседы и коррекции внешнего вида сотрудника доверие было восстановлено, лечение продолжено. Таким образом, неформальный или небрежный стиль одежды

медицинского работника может становиться триггером недоверия и провоцирует конфликтные ситуации, требующие впоследствии времени и ресурсов на разрешение.

Правила внутреннего трудового распорядка каждой ОЗ формируют единый стиль одежды, он консервативный. Форменная одежда – чистая, отглаженная, соответствующая размеру, с застёгнутыми пуговицами и не перегруженными карманами. Бейдж является обязательным элементом внешнего вида во время работы, с указанием ФИО, должности и подразделения. Обувь – сменная, закрытая, удобная. Волосы уложены, длинные – собраны. Ногти коротко острижены, без лака и искусственного покрытия. Украшения – минимальны, не массивны. Макияж – естественный. Парфюм – без резких запахов. Например, в БО Западной Европы запрещено пользоваться парфюмом, чтобы не ухудшать воздушную среду для пациентов. Запрещены на работе пляжная обувь, высокие каблуки, свитера с объёмной горловиной под халатом, одежда с капюшоном, прозрачные или яркие ткани, пирсинг и видимые татуировки. Использование телефонов в личных целях допустимо только в исключительных случаях. Негигиенично применение МС жевательной резинки во время работы с пациентом.

Контроль внешнего вида персонала – часть функций руководителя среднего уровня:

- ежедневный визуальный осмотр персонала: соответствие профессиональной формы требованиям; наличие и читаемость бейджа; состояние рук, причёски, отсутствие запрещённых аксессуаров;
- контроль за правильным хранением личных вещей и санитарной одежды: раздельное хранение личной одежды, обуви и санитарной одежды в изолированных секциях шкафов по требованию СанПиН; маркировка санитарной одежды с указанием наименования учреждения – исключает использование личной одежды и самостоятельную

стирку в домашних условиях; исключение хранения личных вещей в рабочих зонах;

- контроль резерва одежды на случай аварийного загрязнения: наличие чистых комплектов санитарной одежды в структурном подразделении на случай аварийного загрязнения; доступность сменной обуви для персонала; организация чёткой системы сбора, утилизации и замены использованных средств;

- личный пример главной МС [58].

Контроль внешнего вида – это не формальность, а инвестиция в профилактику ИСМП, помогает соответствовать высоким стандартам профессии [59]. Внешний вид – это видимая часть, неразрывно связанная с безопасностью оказания медицинской помощи [118], за которой следует санитарная одежда и средства индивидуальной защиты.

Санитарная одежда и средства индивидуальной защиты – это барьер, который защищает пациента и медицинского работника от взаимного инфицирования с определенными требованиями:

- чистота и опрятность: халат/костюм медицинского работника должны быть чистыми, отглаженными, светлых тонов. Почему светлых? Потому что на светлом фоне сразу видны загрязнения – это сигнал к замене;

- соответствие размеру: одежда не должна сковывать движения (риск ошибок при манипуляциях) и не должна быть слишком свободной (риск зацепиться за оборудование);

- материал: гипоаллергенный, износостойкий, воздухопроницаемый (хлопок, бязь, лён), выдерживающий частую дезинфекцию при высоких температурах. Оптимальны смесовые ткани (полиэстер + хлопок) плотностью 160–200 г/м² – они не деформируются, не мнутся, обеспечивают защиту от загрязнений;

- конструктивные особенности: пуговицы застёгнуты (защита от попадания микрофлоры), карманы не перегружены (чтобы не тянуть одежду и не создавать «карманов» для контаминации);

- санитарная обувь должна быть закрытой, удобной, с противоскользящей подошвой, служащей как профилактика травматизма персонала, износостойкой и устойчивой к обработке дезинфицирующими средствами. Хороший воздухо- и теплообмен, служит профилактикой грибковых заболеваний стоп. Широкий носок предотвращает сдавливание пальцев при длительной работе [60,62,72];

- средства индивидуальной защиты, применение которых регламентировано [56], для государственных ОЗ осуществляется за счёт предусмотренных бюджетных средств.

В условиях, когда ставка врача-эпидемиолога во многих ОЗ не предусмотрена, ключевая роль в профилактике ИСМП ложится на главную МС совместно с эпидемиологической службой [14,15,18,23,52-55,118,134,144].

§ 3.3. Безопасность медицинской помощи в уходе и профилактика болезней, связанных с оказанием медицинской помощи

Профилактика ИСМП и гигиена рук персонала [57] возникла одновременно с появлением первых стационаров. Внедрение методов защиты пациента в условиях оказания ему медицинской помощи осуществлено за счет асептики, антисептики, изоляции и стерилизации, позволивших снизить заболеваемость. Наибольшая доля приходится на хирургические стационары (37,2%) и родовспомогательные учреждения (28,9%). До 80% инфекций передаются через руки медицинского персонала, что представляет место внимания и контроля для системы инфекционного контроля [58,60,71].

ИСМП – это любое клинически выраженное инфекционное заболевание, развившееся у пациента в результате оказания медицинской помощи в условиях АПО, БО или на дому, а для персонала – вследствие профессиональной деятельности.

Внимание на запрос о безопасности медицинской помощи рассматривается не только на уровне интереса со стороны пациентов, но и для медицинских работников. В связи с необходимостью улучшать качество помощи для пациента и обеспечивать безопасные условия труда для медицинских работников, рассмотрим этот вопрос [16,58, 68,69].

Клиническая классификация ИСМП проводится по локализации патологического процесса (инфекции мочевыделительных путей, инфекции кровотока, инфекции в области хирургического вмешательства и др.). Многоуровневый социально-гигиенический мониторинг (СГМ) диагностики ИСМП осуществляют, начиная с ОЗ и продолжают до уровня Республиканского центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья далее – Министерства здравоохранения Республики Беларусь [46].

Виды профилактики ИСМП в ОЗ и стратегия предупреждения руководителем (главной или старшей МС):

- **Пассивная** (медицинские работники самостоятельно извещают о случаях инфекции ответственным лицам) – создание культуры открытости: поощрение сообщений об инцидентах без страха наказания.

- **Активная** (детальное изучение случая инфицирования (история болезни, результаты исследований, патологоанатомические вскрытия) – участие в комиссиях по разбору случая, анализ коренных причин.

- **Специфическая** (плановая и экстренная иммунизация персонала) – мотивация сотрудников, контроль графика прививок, ведение учёта иммунизации персонала.

- **Неспецифическая** (организационные и технические мероприятия по предотвращению появления и распространения инфекций) – основная зона контроля: гигиена рук (соблюдение гигиенических норм по мытью и антисептической обработке рук), применение санитарной одежды и СИЗ, организация и проведение уборок (с разделением на текущие, генеральные, по эпидемиологическим показаниям), дезинфекция воздуха, поверхностей, медицинских изделий, обучение персонала и внутренние контрольные мероприятия [43,58,60,72,144].

Гигиена рук персонала является краеугольным камнем профилактики ИСМП. Ее осуществляют согласно правилам, утвержденным ВОЗ [57].

EN-1500 – европейский стандарт обработки рук это общая методика обработки рук, начиная с гигиенического уровня (последовательная обработка рук с мылом и водой, и последующей обработки рук кожным антисептиком) и до хирургического уровня [57].

Уровни обработки рук персонала: сроки и причины Бытовой (удаление видимых загрязнений) – перед/после контакта с пациентом, при видимом загрязнении, перед приёмом пищи, после посещения туалета. Временные затраты 40–60 секунд с мылом и водой.

Гигиенический (уничтожение транзитной микрофлоры) – перед/после контакта с кожей/слизистыми, при переходе от контаминированного участка к чистому, до/после надевания перчаток, после контакта с биологическими жидкостями. Временные затраты 20–30 сек спиртовым антисептиком.

Хирургический (удаление транзитной и снижение резидентной микрофлоры) – проводится членами хирургической бригады перед операцией. Механическое мытьё 1–2 мин + втирание спиртового антисептика 3–5 мин.

Надлежащая гигиена рук – простой, наименее дорогой, наиболее эффективный способ снижения передачи инфекций и антибиотико-резистентных штаммов. ВОЗ на-

зывает это «золотым стандартом» инфекционной безопасности. Руки медицинского персонала должны быть безупречно чистые, ухоженные, без видимых повреждений. Не допускается наличие украшений и часов, препятствующих качественной антисептической обработке.

Научное санитарно-гигиеническое обоснование требований к обработке рук персонала:

- свободный край ногтя $>0,5$ см препятствует обеззараживанию подушечек пальцев – под ногтем скапливается до 90% транзиторной микрофлоры;
- лак и искусственные покрытия создают микропоры, где скапливается микрофлора, и которые не обрабатываются антисептиком;
- украшения и часы блокируют доступ антисептика к коже, создавая «защищённые зоны» для микроорганизмов;
- трещины, порезы, гнойнички становятся входными воротами для инфекции (при повреждениях – обязательное закрытие напальчником или пластырем; при экземах – временное отстранение от манипуляций с пациентами).

Организационные мероприятия: создание условий для соблюдения гигиены

- нейтральное жидкое мыло в дозирующих устройствах у раковин (не кусковое!);
- спиртосодержащие антисептики – в легкодоступных местах на всех этапах лечебно-диагностического процесса (у кровати пациента, в процедурных, на постах);
- уход за кожей рук: увлажняющие кремы, бальзамы, лосьоны для профилактики контактных дерматитов (сухая, повреждённая кожа – резервуар для инфекции).

Контрольные точки для главной (старшей) МС:

- **Обеспечение материально-техническими ресурсами для соблюдения гигиены:**

- бесперебойное наличие мыла, антисептиков, одноразовых полотенец;

- контроль сроков годности и правильности хранения.

➤ **Мониторинг соблюдения персоналом гигиены рук:**

- прямые наблюдения за техникой обработки рук (используя чек-листы ВОЗ);

- тайный покупатель (периодическая оценка без предупреждения персонала).

➤ **Обучение и мотивация медицинских работников:**

- ежегодный контроль знаний врачей и МС с практической отработкой манипуляций;

- внедрение и отработка стандартных операционных процедур (СОП) в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26.12.2022 г. № 1860;

- визуальные напоминания: плакаты с алгоритмами у раковин.

Забота о личной гигиене медицинского персонала: обеспечение средствами ухода за кожей рук; своевременное направление к дерматологу при признаках профессионального дерматита.

Безопасность – это не только ИСПМ, условия труда, работа с оборудованием, поэтому следующая точка контроля – производственный контроль.

На основании Закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и Санитарных правил 1.1.8-24-2003 в каждой ОЗ должна быть разработана и утверждена программа производственного контроля, являющаяся не формальным документом для контроля, а рабочим инструментом, помогающим системно управлять факторами риска ИСМП [57].

Структура программы санитарно-гигиенического контроля сложна, отметим только то, на что обратить внимание главной (старшей) МС [58,71]:

- общие сведения – понимание специфики ОЗ, или учреждения образования;
- ответственные лица – необходимо знать, кто за что отвечает;
- нормативная база – актуальные СанПиН, приказы, методики;
- потенциально опасные факторы: санитарно-техническое состояние помещений; микроклимат, освещение; качество дезинфицирующих средств; противоэпидемический режим; обращение с медицинскими отходами (разделение, сбор, утилизация).

Медицинские осмотры – контингент для осмотра, сроки проведения и цель обследования; аварийные ситуации – алгоритмы действий при уколах, порезах, разливе дезинфицирующих средств, чрезвычайные ситуации; учёт и отчётность – документальное подтверждение выполнения.

Безопасная работа всего персонала с медицинской техникой и лекарственными средствами являются следующей точкой особого внимания:

- своевременное техническое обслуживание, поверка и аттестация оборудования (ведение журналов, контроль сроков);
- соблюдение Надлежащей практики хранения лекарственных средств (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.10.2020 г. № 88 о температурном режиме, учете ИСМП, сроках [58,71,142];
- оснащение помещений системами контроля температуры и влажности (термометры, гигрометры, журналы учёта);
- соблюдение инструкций по эксплуатации и использованию техники и медикаментов [72].

Соблюдение условий безопасности рабочего места и отсутствие производственного травматизма у медицинского персонала являются предметом ответственности руководителей всех уровней.

Учеными изучено влияние рабочей обстановки на качество медицинской помощи (Munoz de Bustillo et al., 2009). Основными элементами зависимости влияния рабочего места персонала ОЗ являются:

- способность давать и получать актуальную информацию нужным специалистам в необходимое время;
- личная удовлетворенность своей работой от поддержки пациента, коллектива, общества;
- пропорции между работой и семейной жизнью;
- организационная культура, степень доверия, компетентное руководство, социальные льготы;
- риски, связанные с технологическим несовершенством сохранения врачебной тайны и возможность утери личной информации пациента, могущие вызывать судебные разбирательства [71,86,122];
- непрерывное образование, возможность повышать свою квалификацию и компетентность с соответственным влиянием на рост денежного вознаграждения [35,42,62,127,143].

Помимо указанных, имеют место факторы, неблагоприятно влияющие на сохранение здоровья самих исполнителей (кадров здравоохранения) в целом (несовершенство медицины и риск фатальной ошибки и смерти пациента; расхождение между качеством оценки медицинского труда пациентами и работниками; несовершенство законодательства в отношении оплаты за биологические риски контактов с инфекциями и биологическими жидкостями пациента; за напряженный и тяжелый труд с нарушением естественных биоритмов, контактов с химическими веществами и дезинфицирующими средствами; безопасность работы на устаревающей аппаратуре; кон-

такте с лицами с психическими заболеваниями; эргономические риски при переносе тяжестей маломобильных пациентов во время ухода на дому, стояния на одном месте, чрезмерная ходьба; синдром эмоционального выгорания [11,58,66,69,90,124,127,138,140,140].

Врач учреждения образования с элементами инклюзивного обучения выступает наставником и медиатором для качественной и безопасной работы Пвр (МС). Он моделирует культуру общения с педагогами, родителями детей, координирует работу всех участников наблюдения ребят, обеспечивает субординацию и чёткое распределение обязанностей в соответствии с рекомендациями ученых и нормативной базой [60,76,84,86,90,120,122].

Нормативная правовая база – это фундамент, здание которой строится людьми. Формирование профессиональной культуры в организациях здравоохранения Республики Беларусь остаётся приоритетом, закреплённым в Государственной программе «Здоровье нации» на 2026–2030 гг., что требует от руководителей среднего уровня не только контроля, но и других действий: личного примера – врач эталон для своей команды; постоянной работы над личным саморазвитием – культура начинается с меня; инвестиций в совершенствование тимбилдинга (команды) – обучение, поддержка, обратная связь; системного подхода – не разовые акции, а встроенные в рабочие процессы процедуры [60,71,120].

Эффективность оказания медицинской помощи детям-инвалидам и его семьей определяется не только словами МС, но позой, зрительным контактом, принципом «равного уровня глаз», использованием обращения на «Вы» к подростку, адаптацией к эмоциональному состоянию собеседника, обеспечением комфорта физических ощущений (обезболиванию) при ПалМП [60,64,65,68, 110].

Это особое поведение включает гуманистические ценности, профессиональную этику, уважение к коллеге и па-

циенту, компетентность, дисциплину, аккуратный внешний вид, безупречную гигиену и профессионализм. Всё это позволяет реализовать главный принцип помощи – «не навреди».

Три практических шага, которые можно внедрить в обучение и труд средних медицинских работников в ближайшее время и не требующие дополнительных расходов:

1. Введение «минутки качества» в начале каждой смены: 2–3 минуты на напоминание о ключевом требовании (сегодня – гигиена рук, завтра – бейджи, послезавтра – тон общения).

2. Создание «доски успеха»: размещайте благодарности от пациентов, отмечайте сотрудников, которые демонстрируют высокие стандарты культуры.

3. Проведение «разборов ситуаций напряженности в общении» без обвинений: после сложной ситуации спрашивайте не «кто виноват?», а «что мы можем улучшить в системе?».

Ориентиром в совершенствовании профилактической работы МС служит взаимодействие и обмен опытом с международными организациями в стратегическом и тактическом направлении. Наибольший объем работы с пациентами с ОПФР и детьми-инвалидами выполняется средними медицинскими работниками как наиболее многочисленным отрядом, рассмотрим те изменения, которые могут касаться профилактической педиатрии в целом, косвенно влияя на качество образования и опосредованно – на жизнь особых пациентов.

Выводы. В качестве выводов предлагаем ознакомление с мнением ВОЗ по отношению к организации сестринского дела, поскольку средний медицинский персонал составляет большую часть медицинских кадров и выполняет, соответственно больший объем работы. Именно их труд является площадкой для совершенствования оказания медицинской помощи всем категориям пациентов,

применения элементов цифровизации и иных форм и методов инноваций современности [58,65,66,71,113,120].

Предлагаемые ВОЗ перемены в сестринском деле в части предупреждения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи и для улучшения ее качества:

- ОЗ должна иметь штат, демонстрирующий готовность к переменам, что продемонстрировал пилотный проект «Заботливая поликлиника» в г. Минске в 2017 г. [58,114];
- окружающим руководителям и политикам следует при необходимости оказывать поддержку сестринским инициативам [58];
- время для перемен должно быть реальным для исполнения, а изменения будут планируемыми, а не спонтанными [35,60,63,68];
- медицинский персонал должен осуществить изменение сам и распространить его в своей организации, прежде чем выходить на широкую аудиторию [13,58,60];
- уровень навыков и умений работников в области медицинской реабилитации детей с ОПФР и детей-инвалидов должен соответствовать типу ожидаемого изменения и позволять производить коррекцию долгосрочных планов инклюзии согласно типу ожидаемых перемен [14,25,29,35,64,91];
- с появлением новых технологий и элементов цифровизации в деятельности МС и Пвр необходима поддержка нововведений и своевременная подготовка [13,63-65];
- в ожидании перемен дополнительную работу по их подготовке осуществляет Совет сестер, распределяющий роли, сроки, время и схемы действий [58,60,113];
- в схему перемен должна входить программа оценки, конкретизированная для ОЗ [42,43,68];

- планы совершенствования обучения валеологической грамотности населения благодаря СГМ содержат четкое подчинение по горизонтали и вертикали, исключаящее беспорядок [13];

- акушерки женских консультаций и МС учреждений образования становятся все более ориентированными на популяризацию семейных ценностей, предупреждение подростковых беременностей, повышение валеологической грамотности детей, ответственному родительству [13,20,25,31,33,38,43,126,148];

- развитие раннего вмешательства в области осознанного родительства [71] через Центры, дружественные подросткам, расширение услуг по раннему развитию ребенка, а также в Центрах коррекционно-развивающего обучения и реабилитации, посредством привития культуры генетического консультирования перед планированием рождения детей в конкретном брачном союзе [13,32,33,112];

- инициативы по проектам «Заботливая поликлиника», «Больница, доброжелательная к ребёнку» целесообразно развивать и тиражировать на фоне разработки учебных программ в базовом и дополнительном образовании для улучшения качества помощи особой категории пациентов, а также совершенствовать формы междисциплинарного и межведомственного сотрудничества [91,136,152].

§ 3.4. Организация питания как гигиеническая проблема для детей с особыми потребностями в диете

Серьезная угроза от выявленных тенденций в формировании здоровья подрастающего поколения обуславливает приоритетные направления коррекционной работы с детьми с ОПФР. Качественно новый уровень поддержки

разносторонней и многокомпонентной помощи обеспечен, прежде всего, неослабным вниманием государства к гарантиям помощи семьям с детьми, имеющими особые потребности, в том числе, в диете [79,145].

Болезни белково-энергетической недостаточности (до 1961 г. ВОЗ называла их квашиоркор и маразм в зависимости от острого или хронического голодания) имеют сходные причины развития, благоприятный прогноз с обратимым восстановлением функций организма, но при условии своевременной диагностики. Показателем успешности педиатрического наблюдения за период с 2009–2018 гг. до 2021–2024 гг. за питанием, физическим и интеллектуальным развитием является возрастание числа детей I-II группы здоровья организованных коллективов с 9,4% до 24,2/58,8 [14,16,27,141]. Приведем примеры государственной поддержки семей с детьми [113].

Справка. До рождения ребенка гарантировано бесплатное медицинское сопровождение беременности и родов; социальный отпуск, оплачиваемый на период беременности и родов; академический отпуск студенткам дневной формы обучения; для получающих стипендию выплачивается пособие по беременности и родам в размере 100% стипендии, а работающим студенткам дневной формы обучения пособие выплачивается с учетом заработка по месту работы.

Справка. В сфере трудового законодательства маме (или другим работающим родственникам) в декретном отпуске предусмотрено продление контракта на срок не менее, чем до достижения ребенком возраста 5 лет; в отпуске по уходу за ребенком мамы могут работать на условиях неполной занятости, и за ними будет сохраняться полный размер пособия; для семей, воспитывающих ребенка с инвалидностью, предусмотрен дополнительный комплекс гарантий: дополнительные пособия, пенсии по инвалидности ребенка, социальные услуги по уходу.

Справка. После рождения ребенка выплачивается единовременное пособие (на первого ребенка – 5 096,20 руб.; на второго и последующих детей – 7 134,68 руб.; ставшим на учет до 12-недельного срока беременности – 509,62 руб.; при рождении третьего ребенка назначается семейный капитал – 35 505 руб. Назначается пособие по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет (на первого малыша – 1 000,86 руб.; на второго и последующих детей – 1 143,84 руб.; на ребенка-инвалида – 1 286,82 руб.

Вероятно, что это в определенной степени могло повлиять на то, что только в Минске 16 200 многодетных семей воспитывают 52 000 ребят (2025).

Одной из важнейших потребностей растущего организма, обеспечиваемой семьей, является питание, которое налагает определенные ограничения в его осуществлении для детей с ОПФР, обусловленными болезнями обменно-наследственного характера. Остановимся на наиболее часто встречающихся вопросах обеспечения питания детей с фенилкетонурией (ФКУ) и целиакией [79,94,96,145, 146].

Распространенность ФКУ (или синдрома Феллинга) составляет от 1 на 4000 до 1 на 15 000-20 000 новорожденных. Опасность состоит в том, что соматический статус почти неотличим от детей в нормальной популяции, а психические проявления в виде признаков задержки умственного развития проявляются с 3-4 мес., далее с 1-3 лет жизни начинаются аутистические симптомы (отсутствие стремления к общению, безрадостность ребенка, капризность и плаксивость, расстройства внимания, сна, сонливость, гиперкинезы в кистях рук сменяются периодами заторможенности). Возможны энурез, заикание, страхи, в последующем обнаруживают проблемы обучения и поведения. Весь аутистическиподобный синдром при ФКУ носит не выраженный характер, смягчается с возрастом ребенка целиакией [100].

Для комплексного улучшения условий жизнедеятельности пациентов с целиакией (непереносимости глютен-содержащих злаков) рекомендуется создавать условия для пожизненного соблюдения такой аглиадиновой диеты, поскольку при ее соблюдении возможно восстановление структуры кишечника и регресс клинических проявлений [146]. Принципом безглютеновой диеты является исключение из рациона питания всех злаков, содержащих глютен, и продуктов, которые могут их содержать [148] (прил. 10,11).

Медицинским работникам следует объяснять родителям таких детей, что отсутствие глютена на безглютеновых изделиях обозначается международным логотипом — перечеркнутым колосом. Как безглютеновые («gluten-free») могут маркироваться продукты, в которых содержание глютена составляет не более 20 мг/кг. Помимо этого, надо ориентировать родителей на знание запрещенных зерновых продуктов: это пшеница, рожь, ячмень, овес, в том числе сорта пшеницы — дурум (твердая пшеница), полба, спельта, айнкорн (в английской транскрипции — spelta, Polish wheat, einkorn, small spelt): тритикале; крупы, произведенные из пшеницы (манная крупа — semolina, булгур, кус-кус), из ячменя (ячневая или перловая), из овса (овсяная, «Геркулес», толокно) (прил.12).

На качество питания ребенка с целиакией влияют определенные ограничения в виде *исключения или ограничения* сильных стимуляторов пищеварительной секреции, желчеотделения, моторной активности кишечника, продуктов и блюд, усиливающих брожение и гниение в кишечнике. Рекомендуемый режим питания — 5-6 раз в сутки, а рацион зависит от возраста, тяжести состояния и периода заболевания, формируется на основе физиологических норм основных пищевых веществ и энергии: углеводный компонент составляется за счет переносимых круп, картофеля, бобовых, овощей, фруктов, ягод; белко-

вый и жировой – за счет мяса, яиц, рыбы, молочных продуктов, растительного и сливочного масла.

Глютенсодержащие продукты запрещены: пшеница, рожь, ячмень, овес и их производные (крупы, мука, крахмалы, хлеб, выпечка, макаронные и кондитерские изделия); продукты промышленного производства, содержащие «скрытый глютен» (крепкие бульоны, жареные, жирные и острые блюда, грибы, орехи, жилистое мясо, кожа птицы, тугоплавкие животные жиры, маргарины, соусы, копчености, пряности, соленья, маринады, кофе, шоколад, мороженое) (прил. 10).

При составлении безглютеновой диеты необходимо учитывать присутствие «скрытого» глютена», например, в мясных, колбасных, кисломолочных, кондитерских изделиях, овощных, рыбных, фруктовых консервах, приправах, лекарствах, косметических изделиях.

В качестве полноценной замены глютенсодержащих продуктов используются нетоксичные при целиакии злаковые: рис, гречиха, кукуруза, пшено. Безопасными являются также мука и крахмалы, приготовленные из картофеля, тапиоки, маниоки, батата, бобов, гороха, сои, различных орехов (прил. 11, 12).

В рацион питания пациентов с целиакией включают супы вегетарианские или на слабом бульоне (мясном, курином, рыбном) из различных овощей и безглютеновых круп; каши (рисовая, кукурузная, гречневая, пшенная); безглютеновые макаронные изделия; молочные и кисломолочные продукты: кефир, биокефир, творог, сыр, сметана (в блюдах), цельное молоко (в блюдах).

В активную стадию заболевания исключаются молочные продукты и блюда с высоким содержанием лактозы. Разрешены яйца, сваренные «вкрутую», и в виде парового омлета; мясо, птица и рыба в отварном, тушеном и запеченном виде; овощи отварные, запеченные, тушеные и в сыром виде, фрукты и ягоды спелые, сладких сортов, сы-

рые или после тепловой обработки, сухофрукты; плодово-овощные соки, фруктовые кисели, некрепкий чай, какао с молоком; безглютеновые заменители хлеба; масло сливочное и растительное (в составе блюд), а также безглютеновые кондитерские изделия (прил.3-5).

Медицинские работники учреждений образования для детей с особыми потребностями в индивидуальной диете, осуществляют контроль соблюдения правил приготовления пищи со строгим ограничением и исключением глютенсодержащих продуктов:

- пищеблоке должны быть отдельно промаркированные и используемые только для данной цели кухонная посуда и инвентарь;
- перед приготовлением блюд безглютеновой диеты повару необходимо тщательно вымыть руки, если до этого использовались глютенсодержащие продукты;
- непосредственно перед приготовлением блюд базовой диеты необходимо тщательно протереть стол, чтобы на нем не осталось крошек, муки и других продуктов, содержащих глютен;
- приготовленные блюда безглютеновой диеты должны быть тщательно упакованы (накрыты, завернуты и др.), чтобы предотвратить оседание на них обычной муки и других глютенсодержащих компонентов в процессе последующего приготовления обычных блюд;
- отпуск готового питания для указанного контингента пациентов производится в специально выделенные и промаркированные емкости;
- пациенты с целиакией или другими формами пищевой непереносимости глютенсодержащих злаков должны иметь отдельные столовые приборы с соответствующей маркировкой, мытье которых осуществляется отдельно от другой столовой посуды. Эти правила помогут соблюдению главного компонента лечения – диеты для детей с особыми потребностями в индивидуальном питании (прил.3-5).

Иные требования к питанию предъявляются для детей, больных ФКУ. В приказе Министерства здравоохранения Республики Беларусь [145] опубликованы рекомендации по питанию детей, нуждающихся в организации диетического питания. Основанием для организации диетического питания ребенку с ФКУ в учреждении образования является медицинская справка о состоянии здоровья (форма 1 здр/у), выданная ребенку при поступлении в учреждение образования.

ФКУ – наследственная болезнь обмена (нарушение метаболизма) из группы аминокислотнопатий, связанная с дефицитом фермента фенилаланингидроксилазы. Недостаточность этого фермента проявляется нарушением процесса гидроксилирования фенилаланина в тирозин., что приводит к повышенному содержанию фенилаланина и продуктов его неполного обмена в крови и других тканях, а также дефициту тирозина.

При отсутствии лечения заболевание проявляется задержкой моторного и психо-речевого развития, микроцефалией, судорогами, нарушениями поведения и др.

Основным принципом лечения ФКУ является соблюдение диеты с ограничением натурального белка и достаточным поступлением других пищевых веществ и энергии. К основным принципам организации питания детей с ФКУ являются: исключение из рациона продуктов животного и растительного происхождения с высоким содержанием белка; использование натуральных продуктов преимущественно растительного происхождения с учетом содержания белка, количества фенилаланина; использование специальных низкобелковых продуктов на основе крахмалов; обеспечение необходимого количества общего белка за счет аминокислотных смесей без фенилаланина.

Для приготовления блюд низкобелковой диеты детям с ФКУ на пищеблоке должны использоваться отдельно промаркированные для данной цели кухонная посуда и

инвентарь в целях предупреждения перекрестной контаминации продуктов и соблюдаться те же правила, представленные выше для целиакии.

При составлении индивидуального рациона (меню) для пациента с ФКУ, картотеки блюд рациона на основе сборников технологических карт блюд и изделий, необходимо пользоваться перечнями запрещенных продуктов питания, с ограничениями и разрешенных продуктов (прил.10-12). Для организации питания детей с ФКУ допускается использование отдельных специализированных безбелковых (низкобелковых) пищевых продуктов, приобретенных законными представителями несовершеннолетних. Пищевые продукты должны быть переданы на пищеблок в промышленной упаковке, в пределах установленных сроков годности.

Пациентам с интеллектуальной недостаточностью в Постановлении Министерства здравоохранения Республики Беларусь [55] рекомендуют восполнение с пищей на уровне возрастных потребностей [144,146].

Определенная специфика организации диетического питания присутствует для детей, имеющих абдоминальное ожирение, дислипидемию, нарушение толерантности к углеводам в сочетании метаболического синдрома с нарушениями психофизического развития, часто имеющего генетическую предрасположенность. Медицинским работникам специальных учреждений образования для детей напомним критерии метаболического синдрома (абдоминальное ожирение по окружности талии у мальчиков ≥ 94 см, для девочек ≥ 80 ; тиреоглобулин $\geq 1,7$ ммоль/л ; холестерин с липопротеидами высокой плотности для мальчиков $\leq 1,0$ ммоль/л , для девочек $\leq 1,3$ ммоль/л ; гликемия $\geq 5,6-6,1$ ммоль/л, артериальное давление $\geq 130/85$ мм рт. ст.). Диагноз ставят при наличии 3-х и более признаков [96,145].

Для индивидуализации диеты ребенку определяют состояние статуса питания [94] (анамнезом, клиническими

методами, физикальным исследованием, соматометрическими, калиперометрическими способами), после чего делают вывод о наличии пониженного или повышенного питания, чаще всего по индексу массы тела (исходя из возрастной нормы 19,5-22,9) [18,23,133].

Нормальное физическое развитие: рост ребенка соответствует его возрасту ($\pm 5-10\%$), а масса тела соответствует росту по справочным таблицам [14,18,22,94].

Пропорциональное физическое развитие – длина и масса тела ребенка снижены или повышены в сравнении с возрастной нормой более чем на 10%. Диспропорциональное физическое развитие отмечается при их несоответствии друг другу:

- длина тела превышает возрастную норму более чем на 10%, а масса тела соответствует возрасту;
- длина тела снижена более чем на 10%, а масса тела соответствует возрасту;
- длина тела соответствует возрасту, а масса тела превышает возрастную норму более чем на 10%;
- длина тела соответствует возрасту, а масса тела снижена более чем на 10%.

В случаях диспропорционального физического развития на фоне нормализации статуса питания обязательно подключение физических упражнений по особым комплексам (прил.5-7) согласно основным возрастным двигательным навыкам (прил.8,9) [88,95].

Для ребенка, имеющего избыточную массу тела (индексом Брока) или пониженную массу тела необходимо определять причины недостаточного питания, оценить статус питания* по показателю индекса массы тела. Это возможно быстрым расчетом индекса Коула (дефицит или избыток массы тела в процентном отношении к нормальным средним величинам) или индекса Кетле детям старше 12 лет: деление фактической массы тела в кг на рост в м, возведенный в квадрат [79,94,146,147].

В настоящее время комплексное обследование (индивидуальное или групповое консультирование) позволяет выявлять не физическое голодание как причину нарушений общего развития, адаптации и иммунитета ребенка, а психологические причины расстройства приема пищи, воздействие на которые достигается результат. Направления работы касаются родительско-детских отношений (снижение авторитарности, позитивный эмоциональный настрой во время кормления, контроль оценочных высказываний о пищевом поведении ребенка, особенно с подростками и др.).

Отдельного внимания заслуживает разбор пищевого поведения при ожирении, сопровождающем психические отклонения в здоровье ребенка в форме СДВГ, ФКУ, аутизма [73,100,145].

Справка. Оценка статуса питания по индексу Брока норма 0-9%, жировая масса $21 \pm 3\%$; пониженное питание от 0-9% до 10-30%, жировая масса от $17 \pm 2\%$ до $15 \pm 1\%$; питание резко снижено по индексу Брока $\geq 30\%$, жировая масса $13 \pm 1\%$.

На совершенствование безопасности медицинской помощи этим пациентам направлено содержание Постановления Совета Министров Республики Беларусь [56], рекомендующее создание условий для организации питания детям с особыми потребностями.

Учет патогенетических механизмов влияет на комплексное лечение детей, нуждающихся в лечебном питании, наравне со знанием адекватной замены [134] исключенных продуктов (прил.10,11) и исключением причинно-значимых продуктов.

Лица, работающие в системе общепита, предназначенного для специальных учреждений образования, в качестве обязательных знаний, должны знать перечень продуктов, содержащих распространенные аллергены (молоко, яйцо, пшеница, соя, арахис); псевдоаллергические реакции у детей вызывают помидоры, клубника, рыба,

орехи, бананы, баклажаны, авокадо, какао, печень, горох, вследствие чего рацион детей с особыми пищевыми потребностями бывает вынужденно ограниченным [145, 146].

В учреждениях образования с системой инклюзивного обучения целесообразно предусмотреть штат персонала пищеблока, обеспечивавшего бы приготовление индивидуального меню для детей с особыми пищевыми потребностями, поскольку комбинаты школьного питания не смогу удовлетворить потребности таких пациентов.

§ 3.5. Предложения по разделам совершенствования действий по оказанию комплексной помощи детям с особенностями психофизического развития, детям с особыми образовательными потребностями и детям-инвалидам

Состояние здоровья населения Европейского региона находится в фокусе внимания ВОЗ, констатирующего, что имеют место определенные успехи в достижении, например, такого показателя как увеличение числа лет, прожитых людьми с ослабленным здоровьем, за период с 2000 г. до 2021 г. в мире до 61,9 лет, в Европе – до 66 лет, в Республике Беларусь до 63,7 лет [97].

Позитивный прогноз известного журнала (Lancet 2024; 403: 2204-56) свидетельствует о том, что ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении в 2022 г. и 2050 г. составляет для Республики Беларусь среди женщин возрастание с 66,2 лет до 70,9 лет, а для мужчин – с 59,9 лет до 65,1 лет. Это обоснованно привлекает внимание политиков, ученых и врачей к здоровью мужчин как необходимой составляющей рождения детей и воспроизводства человека во времени, притом, что материнская смертность в 2022 г. составила 1,1 на 100 тыс. живорождений.

Значительное число детей-инвалидов в мире (более 100 млн. человек), по СНГ (2023 г.) их количество составило в Республике Беларусь 6%, в Российской Федерации – 7,6%; в СНГ был зарегистрирован показатель первичной инвалидности по Республике Беларусь 595,1 на 10 тыс. детского населения, аналогичный по Российской Федерации составил 755,0; показатели медицинской статистики в 2024 г. фиксируют прирост психических расстройств как причины первичной инвалидности на 28,7%, болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани на 21,5%, болезней нервной системы – на 2%; доля детей, получающая лечение в специализированных отделениях медицинской реабилитации – 9,42% и ряд других данных – обязывают общество обратить внимание на совершенствование помощи детям с различными ограничениями.

Президентом Республики Беларусь А.Г. Лукашенко на совещании, посвященном вопросам проведения Года качества и пятилетки качества сказано: «Мы видим возрастающий спрос на ценности социального государства... Возвращение к этим ценностям – вопрос качества жизни людей: духовной сферы, экономического благополучия, социальной справедливости. Все здесь взаимосвязано».

Пятилетка качества [76] предполагает, что под понятием качество медицины понимают пациенты и медработники по результатам экспертов-аналитиков проекта «Пульс общества» Белорусского института стратегических исследований (БИСИ с 2019 г.), оно было изучено.

К факторам, способствующим переходу от патологоцентристской модели оказания помощи к здравооцентристской и возникновению новой модели взаимоотношений в системе «врач: сестра: пациент» можно отнести появление финансовых и технологических возможностей [10], обновление материально-технической базы ОЗ, более оптимальное управление кадрами [17], обеспечение доступного генетического тестирования, [13,30,37,113],

появление в обществе нового поколения молодежи, которая рассматривает здоровье как осознанный выбор [144] и понимает экономическую целесообразность профилактики факторов риска по развитию НИЗ. Ранее доказано, что в долгосрочной перспективе лечение в 5–7 раз дешевле, чем помощь пациентам на поздних стадиях заболевания [59,61,64,65].

Следствием такого постепенного перехода станет профилактика рождений детей с инвалидностью, выявление патологии на ранних стадиях развития; отсрочка интервенционной медицины на более поздний возраст; позитивный эмоциональный фон детей с особенными потребностями в свободном выборе профессии; уменьшение затрат государства на поддержание здоровья и содержание лиц с инвалидностью.

О месте пациента-инвалида в модели превентивного здравоохранения для совершенствования помощи по медицинской реабилитации (абилитации) детям:

I. Нормативно-законодательный раздел. В этой области деятельности предстоит концептуальная работа над поиском стратегий и источников финансирования (экспорт медицинских услуг, государственно-частное партнерство), стимулами для исполнителей, сроками и этапами осуществления медицинской реабилитации детям, обеспечением преемственности с переходом детей-инвалидов в категорию взрослых пациентов. Это отдельный пласт по нормотворчеству для институционализации по отношению к детям с дизонтогенезом и достижения консенсуса* у большинства заинтересованных сторон.

Необходимы рекомендации о содержании реабилитации с учетом материально-технических возможностей системы здравоохранения и направленности услуг по медицинской реабилитации для своевременности управленческих решений по структуре, контингенту пациентов и

срокам оказания этих услуг. Пример внимания государства к проблемам улучшения помощи детям с ограничениями отражен в своевременном обновлении нормативной базы для ее осуществления [128-130,113].

Важна разработка нормативов нагрузки на специалистов из числа средних медицинских работников в сфере оказания медицинской реабилитации детям-инвалидам, как это было осуществлено для Пвр [42,43], развитие элементов цифровизации для дистанционной поддержки труда МС при уходе за пациентами на дому и улучшение доступности медико-социальной помощи [65].

II. Научно-технический раздел (СГМ, инновационный подход). Имеющие место трудности в оказании комплексной помощи детям с дизонтогенезом (усложнение и коморбидность* патологии, возрастание потребности в медико-социальной помощи и, соответственно, в специалистах по ее осуществлению, недостаток которых ведет к ограничению доступа к услугам по уходу) обуславливают ускорение действий и большее внимание к включению научно-технического прогресса в практику медицины для детей-инвалидов.

Социально-гигиенический мониторинг, осуществляемый в Республике Беларусь, позволил сделать обобщение по оптимизации превентивной педиатрии в части выявления и работы с лицами, имеющими самые распространенные факторы риска НИЗ в 2021 г.: доля смерти от курения 12,2%, от высокого индекса массы тела – 7,7%, от употребления алкоголя – 4,2%. Влияние только на эти факторы может увеличить число прожитых лет здоровой жизни на 5 лет (ВОЗ), или поможет зачатию и рождению здоровых детей без таких отягощающих наследственность факторов риска [38,46].

Справедливости ради стоит отметить определенные достижения в борьбе с лишним весом и гиподинамией, биологическими факторами риска нескольких НИЗ.

Справка. Избыточная масса тела в 2016 г. отмечена у 25,4% населения, к 2020 г. это состояние, имело место у 18,9%, возможно, за счет моды на здоровье среди молодежи. Доля взрослых лиц с избыточной массой тела уменьшилась с 2007 г. среди женщин с 17,9% до 11,3%, а в 2023 г. среди мужчин с 28,7% до 23%. Настораживает то, что доля взрослых с ожирением возрастает с 2007 г. с 34,6% до 38,8%, к 2023 г. тенденция сохраняется среди мужчин: с 35% до 42%. Это вызывает необходимость усиления внимания валеологии к борьбе с фактором риска ожирения среди мужчин (гиподинамия, популярность пива, избыточность диеты).

Предстоит изучение и научное осмысление общего понимания реабилитации, основанной на функционировании и МКФ, классификации и описании услуг по медицинской реабилитации [47-50]. Необходимы рекомендации о том, какие по содержанию услуги по медицинской реабилитации будут осуществляться детям на разных этапах оказания, по обозначению ответственных исполнителей и их взаимодействию, контингенты детей с разбивкой по видам нарушений (ограничений). Ученые рекомендуют наиболее эффективные методы психологической (психотерапевтической) коррекции с учетом возрастных различий [44,73].

Помочь в данных сложных проблемах смогут совершенствование материально-технической базы ОЗ и инновационные технологии (охват программой «умный пациент», разрешение на носимые гаджеты, применение фитнес-трекеров, информационные технологии для уменьшения социальной изоляции), без барьерная среда, инклюзивное образование с возможностью элементов прецизионной медицины по точечно индивидуальному подбору процедур по реабилитации, этически обусловленная партнерская модель взаимодействия между медицинским работником и пациентом. [113]. «Инновации в медицине –

это не только новые лекарства и технологии, но и новые подходы к заботе о человеке» (Франклин Д. Рузвельт).

III. Аналитический и образовательный раздел. Формирование пласта просвещенной молодежи с запросами на предупреждение факторов риска для появления НИЗ свидетельствует о правильно избранном пути развития превентивной медицины. Базовое и дополнительное образование изменяют учебно-образовательный практико-ориентированный процесс обучения учащихся медицинских колледжей и вузов с учетом имеющихся тенденций в потребности появления новых специалистов или их большей численности в связи с ростом потребности (инструктора-методиста по физической реабилитации, инструктора по ЛФК, инструктора-методиста по эрготерапии, учителя-дефектолога (логопеда) [144].

Одним из важных компонентов совершенствования учебных программ может стать развитие основ сестринской педагогики [60,61,72] как обязательного компонента лечения, опубликованного ВОЗ в 2019 г. «Обучение пациентов и поддержка навыков самостоятельного ведения хронических заболеваний: методология реализации терапевтических программ, ориентированных на потребности пациентов».

ВОЗ определила данное направление как самостоятельный раздел медицины еще в 1998 г., касалось это прежде всего СД и ожирения, но в последующем включили более 30 НИЗ, при которых обучение пациента является важной составляющей лечения.

Совершенствованию образования МС по всей Республике Беларусь способствовало внедрение в 2001-2023 гг. в Белорусской медицинской академии последипломного образования в учебные программы курса «Организация сестринского дела» на кафедре общественного здоровья и здравоохранения для главных (старших) МС основ сестринской педагогики, понятий и форм по обеспечению

обучения валеологической грамотности* населения, научных исследований по сестринскому менеджменту.

Развитие нового научного направления «Организация сестринского дела» в рамках научной школы по общественному здоровью и здравоохранению НАН Беларуси было инициировано и развивалось при деятельной поддержке д.м.н. профессора Э.А. Вальчука. Его последователи (Е.М. Тищенко, Матвейчик Т.В., Самушия К.А., Иванова В.И., Романова А.П., Вальчук Э.Э., Щавелева М.В. и др.) благодарны Профессору за научные озарения и практическую поддержку в проведении исследований, издании спектра учебников, монографий, инструкций, учебных программ, учебно-методических пособий [8,13,21,26,29-33,42,44,58-63,68,70,80,113,118,121,124,125,134,141,151], за навыки организации мероприятий республиканского и международного уровня, за умение уважать чужое научное мнение, не отказываясь от своего. Вечная память Учителю...

Подобная сфера деятельности становится обязанностью Пвр и МС, обоснованная опытом работы в 1999–2004 гг. в Республике Беларусь первого в СНГ учебно-реабилитационного центра для пациентов с сахарным диабетом (СД). Развивая данный опыт вторичной профилактики, академик Аметов А.С. из Российской Федерации установил, что целью обучения в Школе СД является не передача знаний, а стимуляция мотивации пациента по изменению поведения и привычек, что потребовало его долгосрочной пожизненной мотивации с повторными курсами обучения достижению стойкой компенсации при СД.

Появление новых полномочий у МС в формировании мотивации к повышению квалификации, внимание к заболеваниям, имеющих наибольшую социальную значимость, обуславливают необходимость выработки новых организационных и педагогических решений, а также знание правил применения принципов партисипативности* и

комплаенса*, а также разработки нормативов нагрузки на специалистов из числа средних медицинских работников, как это было осуществлено для Пвр [42,43,60,72].

Миссией МС, в работе с пациентами-детьми с различными ограничениями, является необходимость изменить потребительскую (пассивную) позицию ребенка с особыми потребностями по отношению к своему здоровью на активное действие, основанное на собственной мотивации и целеполагании. Воздействие на мотивацию пациента требует от Пвр и МС знаний по основам психологии делового общения [120].

Возрастает роль МС и Пвр в абилитации*, определение которой было дано в Законе о здравоохранении в ред. 2020 г. и будет усовершенствовано в новых нормативных документах (Кодексе о здравоохранении).

Абилитация медицинская* является комплексом медицинских услуг, направленных на формирование, развитие и поддержание функций органов или систем организма пациента, а также возможностей и способностей человека, естественное становление которых затруднено [47]. Потребность в ней будет возрастать и совершенствоваться пропорционально вкладу в развитие технических средств для инвалидов, носимых индивидуальных фитнес-трекеров, сурдопереводчиков и др. [113].

Для работы в условиях инклюзивного образования МС (Пвр) необходимы навыки осуществления особых алгоритмов действий при осуществлении медицинской реабилитации, методов и приемов, согласно действующим нормативным документам и протоколам, чему отводится особое место в практико-ориентированном дополнительном образовании.

Успешность социально-гигиенического мониторинга (по опыту Чернобыльского и канцер-регистра) и скрининга, который применяется в Республике Беларусь с положительным эффектом [28], базируется на опыте мето-

дики раннего выявления эндокринологических заболеваний, прежде всего СД с учетом опыта коллег из российской Федерации [40,112].

Изучена эффективность подобной работы по предупреждению осложнений на начальных стадиях СД и для комплексного внедрения научных основ учета заболевания. Достоверно уменьшилось количество случаев слепоты с $2,1 \pm 0,1\%$ до $0,63 \pm 0,05\%$, уменьшилась потребность в госпитализации с $33,3 \pm 5,8\%$ до $3,63 \pm 5,8\%$ за счет снижения количества высоких ампутаций [147].

Оптимизация комплексной помощи пациентам с особыми потребностями и ограничениями жизнедеятельности должна включать организацию длительного (пожизненного) активного амбулаторного обучения, наблюдения, ухода за больным с учетом множества факторов, влияющих на качество жизни. Это учет общего соматического статуса, степень утраты автономности и самообслуживания, количество и степень развития поздних осложнений, возраст, рабочего и/или учебное расписание в период инклюзивного или сегрегационного обучения, уровень физической активности, пищевые привычки и их ограничения, социальное положение, культурологические и национальные особенностей, наличие коморбидности.

Для осуществления качественной помощи детям с ОПФР (детям-инвалидам) необходима подготовка специалистов (врачей, средних медицинских работников, педагогов) в области медицинской реабилитации и психологии, которые должны быть обучены новым формам предоставления информации для пациента с учетом возраста, состояния здоровья, интересов его семьи (попечителей). Сняты учебные фильмы, созданы интернет-сайты, выпущены наборы плакатов, слайдов и других наглядных пособий. Начинает дискутироваться вопрос о том, что подготовка специалистов по разделу «Терапевтическое

обучение больных» должна проводиться не только на последипломном уровне, но и вводиться в учебные программы медицинских вузов (колледжей).

Особенностью, обеспечивающей реализацию проекта по развитию сестринской педагогики и востребованной для разнообразных групп пациентов с ограничениями, является структурирование и ступенчатость по мере увеличения объема и качества выполненных мер: формирование предупреждению факторов риска рождения нездоровых детей на уровне пропаганды с использованием прегравидарного консультирования семейных пар из групп риска (I ступень). «Рождение ребенка – это момент, который меняет жизнь и который связан с любовью, надеждой и волнением, однако он также может вызывать беспрецедентный стресс и беспокойство. Родителям, особенно женщинам, потребностям которых нередко не уделяется должного внимания, когда рождается ребенок, необходимы сильные средства оказания помощи и поддержки» – считает Аншу Банерджи, директор Департамента ВОЗ по охране здоровья матерей и новорожденных; комплекс лечебно-профилактических мер по вторичной и третичной профилактике в области медицинской реабилитации (абилитации) (II ступень); использование комплексного плана к созданию без барьерной среды не только в образовательном учреждении, но и дома (III ступень).

Создание благоприятных условий для саморазвития личности пациента при обучении в «Школе пациента», практической готовности к активному применению знаний. В этих условиях основополагающим является переход к принципам «умение применять знания» (mass-usag of knowledge) и «самостоятельная учеба» (reproduction of knowledge), что полностью изменяет весь методологический ряд к преподаванию основ вторичной профилактики детей с инвалидностью.

Важно разнообразными способами стимулировать «салютогенное» поведение (борцовские качества) семьи и

ребенка с особыми потребностями по изменению с помощью окружения и медицинских (и других) специалистов неблагоприятных обстоятельств жизни, поддержание компетентности по преодолению личной проблемы.

Использование популяризации СМИ социальной фасилитации* в среде инвалидов, примеров функционирования*, оптимизма и мотивации на достижение целей по укреплению здоровья поведения паралимпийцев согласно максимально индивидуальной подобранной для человека программе реабилитации,

Одним из инструментов, помогающих в «Школах пациента» инициировать осуществление мер по обучению различным навыкам самообслуживания при медицинской реабилитации, является энтузиазм педагогов, медицинских и социальных работников, волонтеров [147,136,152].

Для обучения приспособлению к жизни с болезнью для образования семьи и родных ребенка с ограничениями используют несколько вариантов.

Известна когнитивная модель обучения, имеющая три составляющих саморазвития для особенного пациента: *медицинскую, образовательную и радикально-политическую*. Суть медицинской модели состоит в обеспечении семьи, пациента (если он ментально способен на это) информацией о заболевании и сопутствующих проблемах, путях преодоления и приспособления к более качественной жизни (согласно одной из целей ВОЗ: никого не оставить без внимания») [59].

Предполагается, что если человек знает о свойствах и качествах действий, отрицательно влияющих на ухудшение здоровья, то будет воздерживаться от ненужного поведения. Образовательная модель обучения закрепляет выработку нового стереотипа поведения больного ребенка в отношении здоровья. Осуществление радикально-политической модели воздействия на сознание детей и подростков связано с тем, что те, кто выдвигает инициа-

тиву, сами проводят ее на практике. Показательны документальные фильмы о спортсменах-паралимпийцах, например, как цикл передач на телевизионном канале ОНТ «Несломленные», о других людях-инвалидах, нашедших свой путь в жизни, несмотря на ограничения.

Работа по диспансеризации детского населения, прегравидарное (генетическое тестирование) консультирование семейных пар способствует раннему выявлению рисков подростковых беременностей, снижению вероятности зачатия генетически нездорового потомства, профилактике социального сиротства [23,32,34,41,152].

Вторичная и третичная профилактика в обеспечении медицинской реабилитации детям-инвалидам вызывает необходимость разработки новых учебных программ для средних медицинских работников со специализацией по реабилитологии. Внимание к общеобразовательным учреждениям с инклюзивным образованием позволило использовать имеющиеся ресурсы в работе со школьниками учреждений общего образования [13].

Современные принципы организации работы в учреждениях образования и АПО в «Школах здоровья», в учебных программах, используемых медицинскими работниками, достигнутые результаты деятельности в области этики и деонтологии, например, применимы и должны быть адаптированы к работе в системе инклюзивного обучения. Права человека вообще и инвалида, в частности, закреплены в белорусском законодательстве [1,3,82,85,86,90]. Данный вопрос касается профессиональной деятельности врача и врачебных консилиумов, но для МС полезно напоминание принципов, составляющих основы фундаментальных прав, закрепленных в Европейской конвенции по правам человека:

- право автономии, признание законных прав личности на свой выбор;
- принцип принесения пользы и не причинения вреда на основе свободного информированного согласия перед

любым вмешательством на основе уважения частной жизни;

- право на отзыв пациентом информированного согласия отражено в Статье 5 Конвенции о правах человека и биомедицины;

- право на защиту от негуманного и унижительного обращения зафиксировано в Статье 3 Конвенции о правах человека и биомедицины [50];

- принцип справедливости – предоставлять только соответствующее лечение с учетом ожидаемых эффектов для здоровья пациента. Важно знать, что если в ситуации конца жизни может ставиться вопрос ограничения или прекращения лечения, не приносящего больше никакой пользы, то вопроса о прерывании ухода, включая паллиативное лечение, предназначенное для сохранения качества жизни пациента, возникать вообще не должно. Принцип справедливости состоит также в равном праве на доступ к медицинской помощи;

- партисипативность – улучшение межличностного общения, способствующего сотрудничеству между членами группы и служащего базисом для успешной коммуникации во время занятий.

Прогнозирование перспективы для совершенствования обучения врачей и средних медицинских работников базируется на постоянно увеличивающемся числе больных-инвалидов, росте потребности в специалистах по медицинской реабилитации, что делает необходимым тематическое обучение врачей–педиатров, Пвр (МС) в учреждении образования оказанию медицинской помощи пациентам с ограничениями на повседневной основе. Таким образом, медицинская реабилитации в системе инклюзивного образования становится составляющей работы каждого педиатра, МС учреждений образования [13,113,136, 150].

Расширение полномочий МС и Пвр в осуществлении медицинской реабилитации детям с ОПФР и особыми потребностями обуславливает их новое место во вторичной и третичной профилактике осложнений и ухудшений состояния здоровья в рамках диспансеризации и междисциплинарного взаимодействия, является основой для мотивации пациента на выполнение рекомендаций специалистов благодаря складывающейся коллегиальной модели взаимодействия «врач: пациент» [90,120]. «Хуже сердечной недостаточности – только недостаток сердечности со стороны работников здравоохранения» – считает Константин Кушнер, но обращения граждан по такой проблеме полностью исчезли из материалов проверок деятельности ОЗ.

IV. Организационно-методический и статистический раздел. Для привлечения в профессию по реабилитологии, нужны особая группа стимулов (продолжительность рабочего дня и недели, трудового отпуска, надбавок за сложные условия труда, нормативы нагрузки, обеспечение средствами малой механизации и пр.). Все это следует обосновать до уровня принятия управленческого решения, чему способствует опыт создания в Республике Беларусь компьютерных программ, позволяющих быстро анализировать большие объемы медицинской информации [64,65,81].

Справка. В Республике Беларусь создана наиболее полная в СНГ система Белорусского канцер-регистра; $\geq 60\%$ злокачественных образований выявляют на 1-2 стадии развития, что свидетельствует о профилактической направленности здравоохранения.

Разработка нормативов нагрузки на специалистов из числа средних медицинских работников, работающих в системе оказания медицинской реабилитации (абилитации) как это было осуществлено для Пвр [42,43] является задачей на недалекую перспективу.

V. Реабилитационно-восстановительный раздел.

Сложная и длительная составляющая лечебного процесса, требующая сочетания действий разных специалистов, для чего необходимо сотрудничество. Цели междисциплинарного и межведомственного сотрудничества по медицинской реабилитации детям-инвалидам [91]:

- обеспечение эффективного функционирования реабилитологической службы с постоянным и регулярным обменом научно-практическим опытом;
- разработка долговременного стратегического сотрудничества в области применения новейших направлений и мер по совершенствованию и повышению качества реабилитологической помощи, основанной на научных достижениях в союзном государстве Беларуси и России;
- гарантирование равного доступа к новейшим разработкам по медицинской реабилитации (абилитации) и профилактике осложнений в работе с инвалидами и людьми с ограничениями в Союзном государстве.

Для эффективности совместных действий по медицинской реабилитации детям-инвалидам целесообразны определено перспективные направления сотрудничества в области совершенствования образования разных групп потребителей (медицинских работников, педагогов, родителей, воспитывающих детей-инвалидов):

- научно-практическое направление сотрудничества – проблема достижения качественной возможно полной медицинской реабилитации;
- ключевой момент в управлении качеством реабилитации (абилитации) в том, что необходимо учитывать постоянные фармакологические и технические инновации, а также веяния в сфере межличностных отношений врача с пациентом. Как считал Франклин Д. Рузвельт: «Инновации в медицине – это не только новые лекарства и технологии, но и новые подходы к заботе о человеке»;

- активно продолжить изучение приверженности к медицинской реабилитации пациентов с целью понимания эффективности проводимого обучения и лечения, для чего возможно использование индекса инклюзии*;

- развитие научных основ применения абилитации больными детьми с разнообразными нарушениями функций жизнедеятельности.

В Республике Беларусь разработана и используется на практике прогностическая модель ограничений функционирования у детей с использованием положений МКФ, которая комплексно выстраивает информацию о здоровье конкретного ребенка с СДВГ, например, проводит объективную оценку его ограничений функционирования, степени тяжести в целях профилактики оппозиционного и несоциализированного расстройства поведения.

Год качества в Республике Беларусь и Пятилетка качества с 2025 г. по 2029 г. [75] отмерили период особого внимания в системе здравоохранения к соблюдению прав инвалидов, тем более, что ЦУР как коллективный план действий европейских стран до 2030 г., обозначенными семью целями, напрямую затрагивают инвалидов. Внимание к выполнению этих планов поддержано ратифицированием Конвенции о правах инвалидов 180 стран мира.

В Концепции национальной безопасности Республики Беларусь проанализированы все угрозы, которые подразделены на внешние, на которых мы в данной работе не останавливаемся, и внутренние источники. Одним из них является рост заболеваемости детей определенных классов болезней и увеличение числа инвалидов. Возможность влияния на эти угрозы лежит в плоскости низкой культуры самосохранительного поведения и безопасности жизнедеятельности молодежи, склонность к употреблению спиртных напитков, наркотических средств и психотропных веществ.

Помощь в этом окажет решение в Центрах, дружественных подросткам, обозначенной в ЦУР цели 3 по

обеспечению здоровой жизни людей и повышению благосостояния каждого в любом возрасте, при этом одной из незавершенных и расширенных задач стоит цель 3.7: обеспечить всеобщий доступ к половым и репродуктивным медицинским услугам, а способом выполнения решений ЦУР является 3.d: укрепить потенциал раннего предупреждения, снижения риска и управление рисками для здоровья [136,150,152].

За факторами риска рождения больного поколения стоит нерегулируемая рождаемость от маргинального слоя населения, требующая поиска новых правовых механизмов.

Справка. STEPS исследованием ВОЗ констатирован рост доли населения, употребляющего алкоголь в настоящее время от 54,6% (2016 г.) до 63,1% (2020 г.) и доли тех лиц, которые за последние 30 дней употребляли большое количество алкоголя среди мужчин, возросшее с 17,4% до 30,6% [98]. «Каково семя, таково и племя», – гласит русская пословица, а статистика подтверждает, что количество детей в возрасте 15+ и употребляющих алкоголь в 2024 г. составило 78,3% среди мальчиков и 61,6% среди девушек. Количество таких ребят в возрасте 15-19 лет составило 56% (ДИ 52,5-59,2%), число тех обследованных, кто имел случай употребления большого количества алкоголя, составило 26,1% (среди подростков-мальчиков – 29,3%, среди девушек – 23%).

Еще один показатель статистики – возрастание причин инвалидности за счет болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (2018-2020) с 7,3% до 8,9% указывает направление научных исследований по поиску причин [19].

Разрабатываемая в настоящее время в Республике Беларусь система медицинской реабилитации, включая детей с дизонтогенезом, предусматривает централизованное управление и курацию, что обеспечит улучшение жизни каждого пациента.

Достижение цели ООН Здоровье-2030: «...значительно улучшить здоровье и повысить уровень благополучия населения, укрепить охрану общественного здоровья и обеспечить наличие...систем здравоохранения, ориентированных на человека» является сложной целью, над которой предстоит работать подрастающим специалистам [8,12]. Для того, чтобы школьники имели представление о радостях и трудностях медицинской профессии, понимали, кто стоит в центре внимания взаимодействия врача (МС) с пациентом, пополнив впоследствии ряды высокообразованных специалистов, проведено создание факультативов для школьников 10-11 классов в учреждениях образования, согласно известному постановлению Министерства образования Республики Беларусь [142, 148].

Таким образом, проведен анализ состояния медицинской, педагогической и социальной помощи ребятам с отклонениями в состоянии здоровья и дизонтогенезом, а также опыта осуществления медицинской реабилитации с учетом новых научных исследований, которые позволили внести научно-обоснованные предложения по совершенствованию им комплексной поддержки.

Помощь и обмен опытом международных гуманитарных институтов по институционализации помощи семей с детьми-инвалидами благоприятна для улучшения, в первую очередь, качества обучения врачей и МС (Пвр). В свою очередь, это может повлиять на своевременную профессиональную ориентацию детей и подростков с особыми ограничениями, на более раннюю социализацию согласно девиза для инвалидов: «Не вместо, а вместе».

Дальнейшее развитие валеологической грамотности молодежи, становление предиктивной медицины с изучением генетической предрасположенности к заболеванию, мотивация на сохранение и укрепление здоровья, принятие семейных ценностей для будущего поколения приве-

дут к настроенности на ответственное родительство, исключение пьяного зачатия и рождения детей с фетальным алкогольным синдромом, безвинно страдающих еще будучи не рожденными.

Хью Герр писал: «Людей с ограниченными возможностями не существует. Ограничены лишь возможности технологий». Хочется надеяться, что развитие современных технологий в области комплексной помощи семьям с детьми-инвалидами окажет в ближайшее время наилучшее влияние на качество жизни людей с особыми потребностями.

Применительно к избранной теме направления действий по эффективности школьного здравоохранения с интегрированной системой инклюзивного образования для детей с дизонтогенезом (особенностями психофизического развития, особыми образовательными потребностями, детей-инвалидов) являются необходимой составляющей прогресса медицины и гуманизма общества.

Литература

1. Конституция Республики Беларусь 1994 года: с изм. и доп., принятыми на респ. референдумах 24 нояб. 1996 г. и 17 окт. 2004 г. // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – URL: <https://pravo.by/pravovaya-informatsiya/pomniki-gistoryi-prava-belarusi/kanstytutsyynae-prava-belarusi/kanstytutsyi-belarusi/konstitutsiya-1994-goda/?print=1> (дата обращения: 20.12.2025).
2. Об основах государственной молодежной политики: Закон Респ. Беларусь, 7 дек. 2009 г., № 65-З: в ред. от 5 окт. 2022 г. № 205-З // *ilex*: информ. правовая система (дата обращения 2023).
3. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине CETS №164: принята Ком. министров Совета Европы от 19 нояб. 1996 г. // Совет Европы. – URL: <https://rm.coe.int/168007d004> (дата обращения 30.07.2025).
4. Кодекс Республики Беларусь об образовании: 13 янв. 2011 г. № 243-З : принят Палатой представителей 2 дек. 2010 г. : одобр. Советом Респ. 22 дек. 2010 г.: в ред. Закона Респ. Беларусь от 6 марта 2023 г. № 257-З // ЭТАЛОН: информ.-поисковая система (дата обращения: 20.12.2025).
5. Национальная стратегия устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь до 2030 г. / М-во экономики Респ. Беларусь, Науч.-исслед. эконом. ин-т. – Минск, 2015. – URL: <http://www.economy.gov.by/uploads/files/NSUR.pdf> (дата обращения: 01.03.2020).
6. О правах ребенка : Закон Респ. Беларусь от 19 нояб. 1993 г. № 2570-XII : в ред. от 12 июля 2025 г. № 86-З // *ilex* : информ. правовая система (дата обращения: 15.06.2026).
7. Борьба с НИЗ. Решения, оптимальные по затратам

и другие рекомендуемые мероприятия по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними / Цели в области устойчивого развития. Департамент по неинфекционным заболеваниям, инвалидности и предупреждению насилия и травматизма (NVI): ВОЗ: Switzerland, 2017. – 25 с.

8. Матвейчик, Т.В. Состояние и достижения в профилактике неинфекционных школьно-обусловленных заболеваний детей и подростков организованных коллективов в деятельности средних медицинских работников /Т.В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2023. – 113 с.

9. О Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2021–2025 годы: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 19 янв. 2021 г., № 28 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – URL: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=C22100028>. – Дата доступа: 03.04.2020

10. О предельных суммах расходов на одного гражданина при реализации государственного социального заказа в области здравоохранения: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 2 февр. 2024 г. № 27 // iLex: информ. правовая система (дата обращения 20.12.2025).

11. Технология медико-социального взаимодействия как инновационное направление работы помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинской сестры и социального работника: учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2017. – 297 с.

12. Цели в области устойчивого развития [Электронный ресурс] // Орг. Объедин. Наций. – Режим доступа: <https://sdgs.un.org/ru/goals>. – Дата доступа: 02.04.2021.

13. Матвейчик, Т.В. Стратегии эффективного школьного здравоохранения: профилактическая педиатрия и роль

медицинских сестер в технологиях практико-ориентированного обучения /Т.В. Матвейчик, Е.П. Котова, К.В. Куприян, Н.Т. Сапела. – Минск : Ковчег, 2026. – 188 с.

14. Борисова, Т.С. Гигиенические требования к организации и условиям обучения детей в учреждениях специального образования: учеб.-метод. пособие / Т.С. Борисова, А.В. Кушнерук, Н.В. Самохина. – Минск : БГМУ, 2025. – 50 с.

15. Бобок, Н.В., Борисова, Т.С. Медико-гигиеническое обеспечение детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей: учеб.-метод. пособие / Н.В. Бобок, Т.С. Борисова. – Минск : БГМУ, 2018. – 56 с.

16. Борисова, Т.С., Бобок, Н.В. Медико-гигиеническое обеспечение детей с особенностями психофизического развития. Гигиенические аспекты организации паллиативной помощи детям: учеб.-метод. пособие / Т.С. Борисова, Н.В. Бобок. – Минск : БГМУ, 2018. – 46 с.

17. Колюпанова, О.Н. Управление человеческими ресурсами в здравоохранения (обзор литературы) / О.Н. Колюпанова, Т.В. Дудина, Т.В. Калинина, А.В. Семенов //Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2026. – №1. – С.4-18.

18. Борисова, Т.С. Медико-гигиеническое сопровождение детей и подростков в организованных коллективах: пособие / Т.С. Борисова. – Минск : БГМУ, 2022. – 248 с.

19. Информационно-статистический сборник по медицинской экспертизе и реабилитации в Республике Беларусь, в 2 ч.: информ.-стат. сб. / РНПЦ МЭиР; сост.: В.Б. Смычек, А.В. Копыток, С.И. Луцинская. – Минск, 2026. – Ч.1: Показатели инвалидности 2025 г. – 102 с.

20. Половое воспитание подростков и профилактика инфекций, передаваемых половым путем: учеб.-метод. пособие / О.В. Панкратов [и др.]. – 2-е изд., перераб и доп. – Минск : БелМАПО, 2021. – 75 с.

21. Медико-профилактические основы формирования

здоровья детей в семье / колл. монограф. под ред. Фисенко А.Н., Храмцова П.И. – М.: ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, 2025. – 448 с.

22. Обеспечение прав человека в сфере трансплантации органов и тканей /С.М. Ананич, Н.С. Анцух, Д.Г. Береговцова [и др.]; под общ.ред. Н.С. Анцух. – Минск : Экоперспектива, 2020. – 128 с.

23. Борисова, Т.С. Гигиеническая оценка состояния здоровья детей и подростков: учеб.-метод. пособие / Т.С. Борисова. – Минск : БГМУ, 2023. – 67 с.

24. Матвейчик, Т.В. Сексуальное образование: фокус на подростках организованных коллективов /Т.В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2025. – 182 с.

25. Представление доклада «Состояние акушерского дела в мире, 2021 г.» и диалог по вопросам политики [Электронный ресурс] / Фонд ООН в области народонаселения, Междунар. конфедерация акушеровк // Всемир. орг. здравоохранения. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/director-general/speeches/detail/launch-and-policy-dialogue-of-the-state-of-the-world-s-midwifery-2021-report>. – Дата доступа: 23.10.2023.

26. Современные проблемы педагогики и психологии: теоретико-методологические подходы и практические результаты исследований: моногр. /редкол. Э.Р. Сайтбаева, О.А. Подкопаев. – Самара: ООО НИЦ «ПНК»,2021. – 185 с.

27. Борисова, Т.С. Гигиена детей школьного возраста и подростков: учеб. пособие / Т.С. Борисова, М.М. Солтан, Н.В. Бобок; под ред. Т.С. Борисовой. – Минск : Новое знание, 2021. – 624 с.

28. Об обеспечении оказания медицинской помощи обучающимся в возрасте до 18 лет: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 28 дек. 2023 г. № 1925: в ред. 07 февр. 2024 г. № 177 // ilex : информ. правовая система (дата обращения: 15.06.2026).

29. Медико-социальное сопровождение пациента психиатрического и наркологического профиля в практике медицинской сестры / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Ковчег, 2013. – 223 с.

30. Государство для народа: информационный бюллетень администрации Президента Республики Беларусь. – 2025. – №6 (349). – 93 с.

31. Молодежь в зоне риска: социально-культурные основы профилактики пьянства и алкоголизма / Нац. акад. наук Беларуси, Ин-т философии; под ред. О.А. Павловской. – Минск : Беларус. навука, 2015. – 429 с.

32. Матвейчик, Т.В. Укрепление и профилактика женского здоровья: современные подходы к решению демографических проблем в Союзном государстве / Т.В. Матвейчик, К.И. Григорьев, А.И. Григорьев // Мед. сестра. – 2023. – Т. 25, № 8. – С. 3–9.

33. Решение проблем демографической безопасности материнства и детства в союзном государстве / Харитонов, Л.А., Григорьев, К.И., Сергеенко, Е.Ю. [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2025. №1. – С.5–14.

34. О признании детей находящимися в социально опасном положении: постановление Совета Министров Респ. Беларусь от 15 янв. 2019 г. № 22: в ред. от 1 дек. 2023 г. № 856 // *іlex* : информ. правовая система (дата обращения: 30.07.2025).

35. Состояние сестринского дела в мире 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров / Всемир. орг. здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 2020. – 144 с.

36. О приоритетных направлениях научной, научно-технической и инновационной деятельности в Республике Беларусь на 2026–2030 годы: Указ Президента Респ. Беларусь от 01 апр. 2025 г. № 135 // *іlex*: информ. правовая система (дата обращения: 15.06.2026).

37. Хидджаз, М. Министр здравоохранения Александр Ходжаев: «Основные принципы работы – качество и доступность медицинской помощи» / М. Хидджаз // Медицинский вестник. – 2025. – 6 марта. – С. 3–4.

38. Гузик, Е.О. Здоровье учащихся Республики Беларусь и пути минимизации факторов риска его формирующих: монография /Е.О. Гузик. – Минск : БелМАПО, 2020. – 334 с.

39. Оценка комплаенса пациентов поликлиники и стационара по данным анкетирования / А.Ш. Галикеева, Н.Ф.Шарафутдинова, Г.Д. Идрисова [и др.]. //Социальные аспекты здоровья населения. – 2023. – №69 (5). – С.9. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1528/30/lang.ru.doi:10.21045.2071-5021-2023-69-5-9>.

40. Григорьев, К.И. Профилактика болезней взрослых: роль специалистов дошкольной, школьной и университетской медицины / К. И. Григорьев, А. И. Григорьев // Мед. сестра. – 2019. – Т. 21, № 1. – С. 32–37.

41. Матвейчик, Т.В. Профилактика социального сиротства в деятельности медицинской сестры и социального работника: учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : БелМАПО, 2019. – 120 с.

42. Матвейчик, Т.В. Базовое и дополнительное образование медицинских сестер в Республике Беларусь: тенденции и перспективы: моногр. / Т.В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2018. – 170 с.

43. Матвейчик, Т.В. Профилактическая работа помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи: учеб. пособие / Т.В. Матвейчик, Ю.В. Мещеряков. – Минск : БелМАПО, 2016. – 244 с.

44. Результаты исследований социальных и гуманитарных наук: междисциплинарный подход и синергетический эффект /Бондаренко И.А. [и др.]; под ред. Бонда-

ренко И.А., Подкопаева О.А. – Самара: ООО «Поволжская научная корпорация», 2018. – 316 с.

45. Информационный бюллетень администрации Президента Республики Беларусь // Администрация Президента Республики Беларусь. 2025. – №6.

46. Рубникович, С. П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / С.П. Рубникович, Н.Н. Пилипцевич, Т.П. Павлович. – Минск : Новое знание, 2023. – 536 с.

47. Смычек, В.Б. Некоторые результаты подпрограммы «Медицинские экспертизы, реабилитация, качество медицинских услуг» за 2021-2025 гг. / В.Б. Смычек, А.И. Разуванов, А.В. Зуева, СИ. Луцинская // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2026. – №1. – С.19-25.

48. Rehabilitation 2030: A Call for Action: Meeting Report / World Health Organization. – Geneva: World Health Organization, 2017 / – 93 p. URL: https://www.who.int/docs/default-source/documents/health-topics/rehabilitation/call-for-action/rehab2030meetingreport_plan_text_version.pdf (дата обращения: 20.01.2026).

49. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: МКФ. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2001. – 351 с.

50. WHO global disability action plan 2014-2021. Better health for all people with disability / World Health Organization. – Geneva: World Health Organization, 2015 – 25 p. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/66d03dfb-99ae-4e8e-bb62-48a62311f305/content> (дата обращения: 20.01.2026).

51. Об оценке эффективности реализации мероприятий индивидуальной программы реабилитации: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 27 июня 2025 г. № 762 // ilex: информ. правовая система (дата обращения: 15.06.2026).

52. Об утверждении Санитарных норм, правил и гигиенических нормативов «Гигиенические требования к устройству, содержанию и режиму деятельности домов ребенка» и признании утратившим силу постановления Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 26 декабря 2002 г. № 145»: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 24 марта 2011 г. № 20 // *ilex* : информ. правовая система (дата обращения: 15.06.2026).

53. Об утверждении санитарных норм и правил «Требования для социально-педагогических учреждений и школ-интернатов для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» и признании утратившими силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 июля 2010 г. № 102 и отдельного структурного элемента постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 сентября 2010 г. № 129: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 12 дек. 2012 г. № 196: в ред. от 25 нояб. 2014 г. № 78 // *ilex* : информ. правовая система (дата обращения: 15.06.2026).

54. Об утверждении санитарных норм и правил «Требования для учреждений социального обслуживания, осуществляющих стационарное и полустационарное социальное обслуживание»: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 31 дек. 2013 г. № 136: в ред. от 26 июня 2015 г. № 84 // *ilex* : информ. правовая система (дата обращения: 15.06.2026).

55. Об утверждении санитарных норм и правил «Требования для отдельных учреждений образования, реализующих образовательную программу специального образования на уровне общего среднего образования, образовательную программу специального образования на уровне общего среднего образования для лиц с интеллектуальной недостаточностью» и о признании утратившим

силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22 декабря 2010 г. № 176: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 12 дек. 2012 г. № 197: в ред. от 25 нояб. 2014 г. № 78 // *ilex* : информ. правовая система (дата обращения: 15.06.2026).

56. Об утверждении специфических санитарно-эпидемиологических требований: постановление Совета министров Респ. Беларусь от 7 августа 2019 № 525: в ред. от 21 нояб. 2025 № 658) // *ilex* : информ. правовая система (дата обращения: 15.06.2026).

57. Матвейчик, Т.В. Организационные, социальные, клинические аспекты ухода за детьми раннего возраста / Т.В. Матвейчик, Г.А. Шишко; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : Ковчег, 2019. – 289 с.

58. Матвейчик, Т.В. Управление сестринской деятельностью / Т.В. Матвейчик – Минск : Ковчег, 2021. – 248 с.

59. Содействие здоровому образу жизни: учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик [и др.]; науч. ред. Т.В. Матвейчик. – 2-е изд., испр. – Минск : РИПО, 2014. – 276 с.

60. Матвейчик, Т.В. Организация сестринского дела: учеб. пособие /Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова. – Минск : Вышэйшая школа, 2006. – 301 с.

61. Матвейчик, Т.В. Основы сестринской педагогики и повышения профессионального мастерства: учеб.-метод. пособие /Т.В. Матвейчик [и др.]; БелМАПО.- 2-е изд., перераб. и доп. – Минск : ГУ «Республиканская научная медицинская библиотека», 2012. – 160 с.

62. Современные вызовы образования и психология формирования личности: моногр. / редкол. Ж.В. Мурзина, О.Л. Богатырева. – Чебоксары: ИД «Среда», 2020. – 232 с.

63. Матвейчик, Т.В. Аналитическая справка об участии в выполнении Плана мероприятий (дорожной карте) по реализации Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021–2025 гг. / Т.В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2025. – 40 с.

64. Матвейчик, Т.В. Элементы цифровизации при уxo-

де за пациентами на дому в деятельности помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи и медицинской сестры общей практики / Т.В. Матвейчик, Солдатенко И.Г., С.А. Левчук. – Минск : Ковчег, 2023. – 148 с.

65. Матвейчик, Т.В. Комплексное обеспечение паллиативной помощи пациентам на дому в труде средних медицинских работников: от программы к практической деятельности /Т.В. Матвейчик, Т.Г. Солдатенко. – Минск : Ковчег, 2024. – 232 с.

66. Организация работы медицинской сестры и помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи при паллиативном уходе: учеб. пособие /Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Ковчег, 2018. – 288 с.

67. Матвейчик, Т.В. Организация паллиативной медицинской помощи детям в Республике Беларусь /Т.В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2025. – 120 с.

68. Матвейчик, Т.В. Сестринское дело в Беларуси: вчера, сегодня, завтра (1999–2025) / Т.В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2023. – 73 с.

69. Гузик, Е.О. Профилактика школьных факторов риска, влияющих на здоровье учащихся в процессе обучения на основе мониторинга состояния здоровья детей школьного возраста: учеб. пособие /Е.О. Гузик, Н.А. Гресь. – Минск : БелМАПО, 2019. – 40 с.

70. Вопросы биомедицинской этики в психолого-педагогической деятельности по профилактике сахарного диабета командой врача, медицинской сестры и учителя /Т.В. Матвейчик // Психолого-педагогические вопросы современного образования: науч. электрон. изд. / И.А. Панкина, Е.С. Белокурова, Т.В. Матвейчик [и др.]; Чуваш. респ. ин-т образования. – Чебоксары, 2025. – Гл.2. – С.32-57. –1CD-ROM.

71. Матвейчик, Т.В. В помощь главной (старшей) медицинской сестре: учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : БелМАПО, 2020. – 201 с.

72. Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сб. науч. ст. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Респ. науч.-практ. центр мед. экспертизы и реабилитации; под общ. ред. В.Б. Смычка. – Минск : Колоград, 2021. – Вып. 23. – 438 с.

73. Емельянцева, Т.А. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей: диагностика, реабилитация и абилитация, медико-социальная экспертиза: автореферат дисс. на соискание ученой степени доктора мед. наук / Т.А. Емельянцева. – Минск : БелМАПО, 2023. – 50 с.

74. Физиологические основы здоровья: учеб. пособие /отв. ред. Р.И. Айзман. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ИНФА-М, 2020. – 351 с.

75. Всемирная организация здравоохранения: Европейский портал медицинской информации. – URL: <https://gateway.euro.who.int/en>.

76. О пятилетке качества: Указ Президента Республики Беларусь, 17 янв. 2025 г. №31 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – URL: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W22542808> (дата обращения: 15.04.2025) /

77. Шармер, О. Теория U. Лидерство из будущего: пер. с англ. / О. Шармер. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2019. – 508 с.

78. Эллиот, Дж. Стив Джобс. Уроки лидерства: пер. с англ. / Дж. Эллиот, У. Саймон. – М.: Эксмо, 2012. – 334 с.

79. Мараховский, Ю.Х. Клинически значимая патофизиология микробиоты кишечника и пробиотиков: учеб.-метод. пособие / Ю.Х. Мараховский; М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Бел. мед. акад. последиплом. образования, Каф. гастроэнтерологии и нутрициологии. – Минск : БелМАПО, 2021. – 88 с.

80. Романова, А.П. Модели динамики смертности населения Беларуси на рубеже 20-21 вв. / А.П. Романова, О.В. Краско. – Минск : БелМАПО, 2020. – 660 с.

81. Рак в Беларуси: цифры и факты. Анализ данных

Белорусского канцер-регистра за 2010–2019 гг. / А.Е. Океанов [и др.] / под ред. С.Л. Полякова. – Минск : РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, 2020. – 298 с.

82. Сокольчик В.Н. Кодекс этики применения искусственного интеллекта в сфере охраны здоровья: опыт России // Главная медицинская сестра. – 2026. – №3. – С.35-37.

83. Смычек, В.Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация: моногр. / В.Б. Смычек, Г.Н. Хулуп, В.К. Милькаманович. – Минск : Юнипак, 2005. – 420 с.

84. Поттер, В.Р. Биоэтика. Мост в будущее / В.Р. Поттер; пер. с англ. Т.Г. Будковская, С.В. Вековщина; ред. пер. С.В. Вековщина, В.Л. Кулиниченко. – Киев : Видавец Вадим Карпенко, 2002. – 216 с.

85. Разуванов, А.И. Этические принципы искусственного интеллекта в медицине и медицинских исследованиях / А.И. Разуванов, В.Н. Сокольчик // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2023. – №2. – С.84-95.

86. О Комитете по биоэтике Республики Беларусь и Республиканском центре биоэтики: приказ М-ва здравоохранения Республики Беларусь от 17 июня 2024 г. №853 //ЭТАЛОН: информ.-поисковая система (дата обращения: 21.10.2024).

87. О порядке проведения диспансеризации взрослого и детского населения: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 30 авг. 2023 г. № 125 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – URL: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W22340377> (дата обращения: 20.12.2025).

88. Корчажкина, Н.Б. Современные реабилитационные и цифровые технологии в педиатрии / Н.Б. Корчажкина, К.В. Котенко, М.А. Хан. – Москва: Эксмо, 2025. – 400 с.

89. Сурожский, А. О современной медицинской этике / А. Сурожский. – СПб.: Возрождение, 2009. – 63 с.

90. Сокольчик, В.Н. Открытая наука и биоэтика (биоэтические механизмы обеспечения безопасности человека) / В.Н. Сокольчик; Нац. Акад. Наук Беларуси, Ин-т философии. – Минск : Беларуская навука, 2025. – 207 с.

91. Матвейчик, Т.В. Обеспечение сестринского процесса в оказании медицинской помощи пациентам на дому: учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2022. – 167 с.

92. Емельянцева, Т.А., Карлюкевич, Н.С. Оценка степени развития общих и специфических ментальных функций, базисных навыков у детей с аутизмом в возрасте 6-7 лет: пособие / Т.А. Емельянцева, Н.С. Карлюкевич. – Минск : БГМУ, 2025. – 40 с.

93. Кудлач, А.И. Расстройства аутистического спектра в практике детского невролога: учеб.-метод. пособие / А.И. Кудлач, Д.А. Кот, О.С. Литвинова. – Минск : БелМАПО, 2019. – 51 с.

94. Ерпулева, Ю.В. Оценка статуса питания ребенка в практике врача-педиатра / Ю.В. Ерпулева, А.А. Корсунский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 75 с. – (Библиотека врача-специалиста).

95. Пристром, Т.А. Физические факторы в лечении ожирения: учеб.-метод. пособие / Т.А. Пристром, Е.А. Сушняя, А.В. Волотовская ; М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Бел. мед. акад. последиплом. образования, Каф. физиотерапии и курортологии. – Минск : БелМАПО, 2014. – 42 с.

96. Пристром, М.С. Метаболический синдром: учеб.-метод. пособие / М.С. Пристром, Ж.Л. Сухих, М.В. Штонда ; М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Бел. мед. акад. последиплом. образования, Каф. терапии. – Минск : БелМАПО, 2006. – 35 с.

97. Подростковое ожирение и связанное с ним поведение: тенденции и социальные неравенства в Европейском регионе ВОЗ, 2002-2014 годы: наблюдения по итогам совмест. межнац. исслед. ВОЗ «Поведение детей школьного

возраста в отношении здоровья» (HBSC) / Всемир. орг. здравоохранения, Европ. регион. бюро ; под ред. J. Inchley [и др.]. — URL: <https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789289052405> (дата обращения: 20.12.2025).

98. Демографический ежегодник Республики Беларусь: стат. сб / Нац. стат. ком. Респ. Беларусь. — Минск : Нац. стат. ком. Респ. Беларусь, 2019. — 429 с.

99. Волох, Е.В. Донозологическая диагностика синдрома дефицита внимания и гиперактивности как основа персонализированной профилактики девиантности подростков / Е.В. Волох, А.В. Копытов, А.В. Гиндюк // БГМУ в авангарде медицинской науки и практики: рецензир. ежегодн. сб. науч. тр. : в 2 т. / М-во здравоохран. Респ. Беларусь, Бел. гос. мед. ун-т; под ред. С. П. Рубниковича, В. А. Филонюка. — Минск : ИВЦ Минфина, 2022. — Вып. 12. — Т. 1: Клиническая медицина. Профилактическая медицина. — С.306-311.

100. Гулякевич, А.Ф. Проблема аутизма в детском возрасте (диагностика, интегративная терапия и коррекция): учеб.-метод. пособие / А.Ф. Гулякевич О.Г. Родцевич. — Минск : БелМАПО, 2006. — 129 с.

101. Чутко, Л.С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (причины, диагностика, лечение). — СПб., 2012. — 160 с.

102. Чутко, Л.С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства. — СПб.: ЗАО «ХОКА», 2007. — 136 с.

103. Современные вызовы образования и психология формирования личности: монография /редкол.: Ж.В. Мурзина, О.Л. Богатырева. — Чебоксары : ИД «Среда», 2020. — 232 с.

104. Евсегнеева, Е.Р. Расстройства поведения у детей и подростков: учеб.-метод. пособие / Е.Р. Евсегнеева. — Минск : БелМАПО, 2014. — 30 с.

105. Евсегнеева, Е.Р. Психофармакотерапия психичес-

ких и поведенческих расстройств детского возраста с позиции доказательной медицины: учеб.-метод. пособие / Е.Р. Евсегнеева. – Минск : БелМАПО, 2023. – 24 с.

106. Stucki, G. Rethinking health and rehabilitation: towards a functioning-centered health system / G. Stucki, J. Bickenbach. – Lucerne: University of Lucerne, Swiss Paraplegic Research, 2025/ – 147 p.

107. Емельянцева, Т.А. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей: новые подходы к патофизиологии, диагностике и лечению // Здоровоохранение. – 2017. – №11. – С.31-39.

108. Комплексная коррекция эмоциональных нарушений у детей и подростков: учеб.-метод. пособие / Е.В. Тарасевич [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2020. – 91 с.

109. Теоретические и практические аспекты педагогики и психологии: монография / гл. ред. Ж.В. Мурзина, Чувашский республиканский институт образования. – Чебоксары : Среда, 2023. – 236 с.

110. Рылатко, Е.В. Паллиативная медицинская помощь: учеб. пособие / Е.В. Рылатко, О.В. Смычко, Я.С. Микша; под ред. Е.В. Рылатко. – Минск : Новое знание, 2026. – 239 с.

111. Мартыненко, А.И. Анализ первичной инвалидности вследствие психических расстройств у лиц в возрасте до 18 лет в Республике Беларусь / А.И. Мартыненко, Т.А. Емельянцева, А.М. Романчук // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сб. науч. ст. / Респ. научн.-практ. центр мед. экспертизы и реабилитации; под общ. ред. В.Б. Смычка. – Минск, 2022. – Вып.24. – С.73-77.

112. Григорьев, К.И., Петрайкина, Е.Е., Харитонов, Л.А. Организация обучения детей, больных сахарным диабетом в условиях Союзного государства России и Беларуси / К.И., Григорьев, Е.Е. Петрайкина, Л.А. Харитонов [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2024. – №9. – С.181-191.

113. Матвейчик, Т.В. Инновационные технологии для

здоровья и безопасности населения Республики Беларусь / Т.В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2026. – 168 с.

114. Матвейчик, Т.В. О модели оказания первичной медицинской помощи «Заботливая поликлиника» / Т.В. Матвейчик // Медицина. – 2019. – № 2. – С. 36–41.

115. Ванесса ван Эдвардс. Наука общения. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2017. – 384 с.

116. Бернс, Д. Ругаться нельзя мириться: как прекращать и предотвращать конфликты: пер. с англ. / Д. Бернс. – М.: Эксмо, 2020. – 288 с.

117. Чалдини, Р., Мартин, С., Гольдштейн, Н. Психология убеждения. Важные мелочи, гарантирующие успех. – С.: Питер, 2020. – 288 с.

118. Организация работы главных медицинских сестер санаторно-курортных организаций: учеб. пособие / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2017. – 339 с.

119. Эффективная коммуникация. Учебная программа по вопросам коммуникации для сотрудников ВОЗ: пособие для слушателей / Всемир. орг. здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 2016. – 94 с.

120. Матвейчик, Т.В. Медицинская сестра и пациент: эффективная коммуникация: учеб.-методич. пособие / Т.В. Матвейчик, Г.В. Гатальская; М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Бел. мед. акад. последиплом. образования – Минск : БелМАПО, 2022 – 153 с.

121. Матвейчик, Т.В. Защитим жизнь: профилактика суицидального поведения учащихся / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова, В.М. Хомич // Профессиональное образование. – 2015. – №1. – С.52-57.

122. О защите персональных данных: Закон Респ. Беларусь от 7 мая 2021 г. №99-З: в ред. от 1 июня 2022 г. №175-З // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – URL: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=H12100099> (дата обращения: 21.10.2024).

123. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц.

стат. сб. за 2019 г. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Респ. науч.-практ. центр мед. технологий, информатизации, упр. и экономики здравоохранения. – Минск: РНПЦ МТ, 2019. – 257 с. – URL: <http://m.med.by/content/stat/stat2019/2019-1.pdf> (дата обращения: 20.01.2022).

124. Русак С.М., Матвейчик, Т.В. Мотивация медицинских сестер к деятельности в условиях профессионального стресса / Современные аспекты здоровьесбережения: сборник материалов юбилейной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 60-летию медико-профилактического факультета УО «БГМУ», 24 октября 2024, Минск /под ред. С.П. Рубникова, А.В. Гиндюка, Т.С. Борисовой. – Минск : БГМУ, 2024. – С. 571-575.

125. Матвейчик, Т.В. Безопасность пациента как условие качества медицинской помощи / Т.В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2023. – 128 с.

126. Жукова, А.Н., Обухова, О.В. Наставничество в медицинских организациях: меры материального стимулирования // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2023. - №3. – С.1202-1213.

127. Колосницына, М.Г. Мотивация персонала и методы оплаты труда в здравоохранении / М.Г. Колосницына // Мотивация и оплата труда. – 2010. – № 3. – С. 170–178.

128. Кечина, Е.А. Результаты дозорного эпидемиологического надзора по оценке ситуации по ВИЧ-инфекции среди групп населения с высоким риском инфицирования ВИЧ: монография / Е.А. Кечина. – Минск : Колорград, 2018. – 209 с.

129. Наркологическая помощь населению Республики Беларусь. 2014–2017 годы: информ-стат. сб./ сост. А.А. Кралько [и др.]; Респ. науч.-практ. центр псих. здоровья. – Минск : Колорград, 2018. – 64 с.

130. Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 июня 2019 г. №

52: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 7 февр. 2022 г. № 18 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – URL: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W22542885> (дата обращения: (20.12.2025)).

131. Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 июня 2019 г. № 52: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 24 янв. 2025 г. № 9 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – URL: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W22542808> (дата обращения: 20.12.2025).

132. Чуканов, А.Н. Пренатальная лучевая диагностика врожденных пороков развития плода: автореф. дис. д-ра мед. наук: Мед. науки 14.01.13 / А.Н. Чуканов; Респ. науч.-практ. Центр онкологии и медрадиологии. – Минск, 2024. – 39 с.

133. Борисова, Т.С. Гигиеническая оценка адаптации детей к обучению в школе: учеб.-метод. пособие /Т.С. Борисова, Л.М. Матюхина Л.М. – Минск : БГМУ, 2014. – 60 с.

134. Матвейчик, Т.В. Трансформация сестринского образования в истории Беларуси: от опыта прошлого – шаг в будущее / Т.В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2020. – 224 с.

135. Глобальные стратегии сектора здравоохранения по ВИЧ, вирусному гепатиту и инфекциям, передаваемым половым путем, на 2022–2030 гг. / Всемир. орг. здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 2022. – 125 с.

136. Матвейчик, Т.В. Тищенко, Е.М. Теория сестринского дела: учебное пособие / Т.В. Матвейчик, Е.М. Тищенко. – Минск : Выш. школа, 2016. – 366 с.

137. Об объявлении 2026 года Годом белорусской женщины: Указ Президента Республики Беларусь № 1 от 1 янв. 2026 г. <https://president.gov.by/ru/documents/ukaz-no-1-ot-1-anvara-2026-g>

138. Об изменении Декретов Президента Республики Беларусь: Декрет Президента Респ. Беларусь от 21 мая

2020 г. № 2 : в ред. от 13 нояб. 2023 г. № 312-3 // ilex : информ. правовая система (дата обращения: 15.06.2026).

139. О повышении эффективности контрольной (надзорной) деятельности: Указ Президента Респ. Беларусь от 06 июня 2025 г. № 227: в ред. от 17 сент. 2025 г. № 337 // ilex : информ. правовая система (дата обращения: 15.06.2026).

140. Матвейчик, Т.В. Самодиагностика синдромов эмоционального выгорания и хронической усталости (МКБ-10 F-43): учебно-практ. пособие по тренинг-семинару / Т.В. Матвейчик, В.Ф. Волченко. – Минск : БелМАПО, 2002. – 24 с.

141. Матвейчик, Т.В. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому: учеб. пособие / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Адукацыя і выхаванне, 2011. – 368 с.

142. Хабибулина, М.М., Шамилов, М.Д. Пандемия COVID-19: эмоциональное выгорание у медицинских сестер три года спустя // Медицинская сестра. – 2024. – №2. – С.51-56.

143. Максвелл, Д. Мотивация решает все [как настроить себя и окружающих на успех] / Д. Максвелл; пер с англ. О.Г. Белошеев. – Минск : Попурри, 2009. – 160 с.

144. Факультативные занятия «Введение в медицинскую профессию»: 10-11 классы: метод. рекомендации и дидактические материалы: пособие для педагогических работников учреждений образования, реализующих образовательные программы общего среднего образования, с белорусским и русским языками обучения и воспитания / Т.В. Матвейчик, И.И. Бураков, И.В. Федорова. – Минск : Экоперспектива, 2026. – 212 с.

145. Пищевое поведение и пищевое программирование у детей / под ред. С.В. Бельмера, А.И. Хавкина В.П. Новиковой. – М.: ИД «Медпрактика-М», 2015. – 296 с.

146. О совершенствовании организации лечебного (ди-

етического) питания детей с целиакией: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 13 июля 2012 г. № 801 // *іlex* : информ. правовая система (дата обращения: 15.06.2026).

147. О некоторых вопросах организации питания детей с фенилкетонурией: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 14 июля 2017 г. № 793 // *іlex* : информ. правовая система (дата обращения: 15.06.2026).

148. Борисова, Т.С. Основы здорового образа жизни. Практикум: учеб. пособие / Т.С. Борисова, Н.В. Самохина, А.В. Кушнерук; под ред. Т.С. Борисовой. – Минск : Новое знание, 2024. – 216 с.

149. Войтова, Е.В., Беляева, Л.М., Микульчик, Н.В. Диетотерапия при аллергических болезнях у детей, современные принципы и тактика: уч.-метод. пособие / Е.В. Войтова, Л.М. Беляева, Н.В. Микульчик. – Минск : БелМАПО, 2008. – 35 с.

150. Матвейчик, Т.В. Сестринское дело в XXI веке: монография / Т.В. Матвейчик, Е.М. Тищенко, Э.В. Мезина. – Минск : БелМАПО, 2014. – 303 с.

151. Матвейчик, Т.В. Методологические основы работы «Школы сахарного диабета»: учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик, И.К. Билодид, А.А. Романовский. – Минск : Ковчег, 2010. – 132 с.

152. Пронина Т.Н., Сычик С.И, Петрова С.Ю. Распространенность курения электронных сигарет среди детей и подростков Беларуси // Профилактическая и клиническая медицина. – 2023. – № 3 (88). – С. 24–31.

Этапы проведения медицинской реабилитации в зависимости от периода курации пациента и уровня медицинского учреждения [88]

Этап реабилитации	Уровень учреждения	Место оказания	Кто оказывает	Уровень курации (пациента)
Этап I осуществляется в острый период, в стадии обострения (рецидива) основного заболевания или острый период травмы, послеоперационный период				
I	3-й, 2-й уровень медицинского учреждения (стационар)	стационарные условия отделений анестезиологии и реанимации или палат реанимации и интенсивной терапии медицинских организаций по профилю основного заболевания, учреждений родовспоможения стационарные условия про-	Специалисты мультидисциплинарной реабилитационной команды (МРК) отделения медицинской реабилитации детей	V уровень
				IV уровень

		фильных отделений медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, учреждений родовспоможения		
Этап II медицинской реабилитации детей осуществляется после окончания острого (подострого) периода заболевания или травмы, при хроническом течении основного заболевания вне обострения				
II	3-й, 2-й уровень медицинского учреждения (стационар)	стационарные условия в реабилитационных центрах или отделениях медицинской реабилитации медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, отде-	Специалисты МРК специализированных отделений медицинской реабилитации для детей	IV уровень, III уровень

		ниях медицинской реабилитации, являющихся структурными подразделениями санаторно-курортных организаций условия дневного стационара в реабилитационных центрах или отделениях медицинской реабилитации медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, отделениях медицинской реабилитации, являющихся структурными подразделениями санаторно-курортных организаций		III уровень
--	--	---	--	------------------------

Этап III осуществляется после окончания острого (подострого) периода или травмы, при хроническом течении заболевания вне обострения					
I	II	1-й уро-вень ме-дицинс-кого учреж-дения (ста-ционар, амбу-лато-рия)	Дневной ста-ционар, амбу-латорно	Специали-сты МРК в медицин-ских орга-низациях, оказываю-щих пер-вичную ме-дико-сани-тарную по-мощь	III уро-вень , II уро-вень , 1 уро-вень

Положение больного в кровати для профилактики пролежней

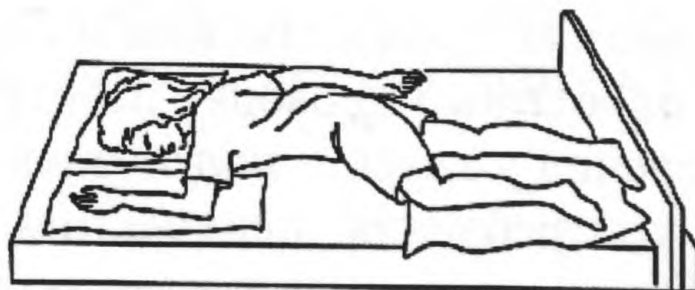
2. Положение «лежа на боку»



3. Положение «лежа на животе»



4. Положение Симса



5. Положение «лежа на спине»



Информационно-справочные материалы к республиканской акции «Дом без насилия» в 2021 г.

ОЗ осуществляют мероприятия по профилактике и борьбе с насилием в семье по нескольким направлениям:

- первичная профилактика насилия;
- оказание специализированной психиатрической (психотерапевтической, психологической) помощи жертвам насилия;
- вторичная профилактика насилия – передача информации в компетентные органы для принятия необходимых мер.

На информационных стендах и сайтах организаций здравоохранения, размещается информация о медицинских последствиях насилия, возможностях государственных организаций здравоохранения, структурных подразделениях, в которых можно получить необходимую психиатрическую (психотерапевтическую, психологическую) помощь, возможности получения экстренной психологической помощи по телефону «Телефон доверия», номера телефонов региональных служб экстренной психологической помощи.

В рамках профилактики насилия в семье медицинские работники проводят работу, по профилактике возникновения у детей и подростков дезадаптивных состояний, употребления психоактивных веществ, детского травматизма и предупреждению правонарушений среди несовершеннолетних, в том числе, путем размещения тематических материалов в средствах массовой информации, в СМИ сети Интернет, осуществляется информирование учреждений образования и др.

Медицинские работники совместно с заинтересованными службами профилактики участвуют в проведении

мероприятий по раннему выявлению несовершеннолетних с аддиктивным формами поведения или находящихся в кризисных ситуациях.

Пациентам, пострадавшим от домашнего насилия, обеспечено проведение комплексного обследования и оказание квалифицированной медицинской, психологической и социальной помощи. В зависимости от ситуации, такая помощь может быть оказана в амбулаторных, стационарных или в условиях отделений дневного пребывания. Что особенно важно, в настоящее время психотерапевтическая и психологическая помощь доступна в поликлиниках и общесоматических стационарах республики.

В РНПЦ психического здоровья оказывается специализированная лечебно-диагностическая и социально-восстановительная помощь детям с психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями), в том числе детям, пострадавшим от насилия.

В соответствии с законодательством (постановление Совета Министров Республики Беларусь от 18 декабря 2014 г. № 1192) организациями здравоохранения информация о лицах, обращающихся за оказанием медицинской помощи в связи с насилием (физические травмы, психологические травмы), передается в соответствующие территориальные органы внутренних дел для принятия необходимых мер.

Практические советы по предупреждению домашнего насилия

Как не стать жертвой домашнего насилия? Что предпринять, если столкнулись с ним? Советов немного, но они очень важны.

- Не молчите! Звоните на горячие линии, обращайтесь в государственные органы!
- Обращайте внимание на «маркеры» насилия уже на первом этапе знакомства с молодыми людьми (запрещает ли вам мужчина видеться с подругами, ограничивает ли общение с родителями).
- Присматривайтесь друг к другу заранее. Психологи утверждают: агрессия и насилие встречаются чаще в семьях, где оба партнера имеют взрывной характер, не наделены терпением, не умеют ждать и анализировать.
- Не будьте равнодушными, если знаете, что кто-то из знакомых подвергается домашнему насилию, или видите его.
- Воспитывайте детей в уважении друг к другу.
- Обращайте внимание на насилие в отношении детей. Оно не менее важно, чем в отношении женщин, и может иметь более серьезные последствия.
- Помните, что психологическая помощь нужна и жертвам насилия, и агрессорам.

Во всех областях республики и в г. Минске создана и функционирует служба «Экстренной психологической помощи» по «Телефонам доверия». Помощь оказывается высококвалифицированными специалистами в области психологии и психотерапии бесплатно и анонимно. ТЕЛЕФОН: 375 (29) 367-32-32.

Физические упражнения пациентам 1-го года жизни [88]

Для развития мышц туловища	Для развития мышц верхних конечностей	Для развития стояния, ходьбы	Для развития сидения
Рефлекторный подъем головы (рефлекс положения)	Обхватывание игрушки (рефлекторное)	Рефлекторное упражнение - подтанцовывание или ножной рефлекс	Попытка к присаживанию с поддержкой за плечи
Приподнимание верхней части туловища из положения на спине при поддержке за руки, отведенные в стороны	Захват игрушек на разном расстоянии одной или двумя руками в положении лежа на спине	Упражнение на сопротивление (рефлекторное и активное)	Попытка к присаживанию с поддержкой за руки
Рефлекторное «ползание» на животе	Захват игрушек на разном расстоянии одной или двумя руками в положении лежа на животе	Пассивное сгибание и разгибание ног в тазобедренных суставах, круговые движения	Неполное присаживание с поддержкой за руки

Рефлекторное разгибание спины в положении на боку	Пассивное скрещивание рук на груди	Пассивное «топание»	Присаживание с поддержкой за руки
Рефлекторные повороты со спины на живот вправо и влево	Пассивное отведение плеч назад до сведения лопаток	«Скользящие» шаги	Присаживание с небольшой опорой
Повороты на живот вправо и влево с помощью и без	Активное попеременное сгибание и разгибание рук с помощью в локтевых суставах в положении лежа, сидя, стоя	Вставание из положения лежа на спине и животе в упор с помощью	Присаживание на предмет
Ползание за игрушкой с помощью и без		Активное доставание игрушки, находящейся на столе, на высоте вытянутых рук ребенка из положения стоя	Присаживание по сеченой инструкции
Стимуляция зритель-		Приседание	Активный наклон и

ного и слухового сосредоточения в положении лежа на спине и животе			выпрямление туловища в положении стоя с помощью
Наблюдение за игрушкой с приподнятым плечевым поясом		Влезание на стремянку, вставание и спхождение с кубика	Упражнение «сесть-встать»

Физические упражнения для детей раннего возраста (1-3 г.) [88]

Физические упражнения		
Для развития ходьбы, равновесия	Для развития мышц спины, брюшного пресса, координированного взаимодействия рук и ног	Для развития ловкости, пространственной ориентировки
Упражнения для детей 1 г. 6 мес.		
Продолжительность занятий составляет 15 мин.		
Ходьба прямо по лежащей на полу доске	Лазанье по наклонной лестнице высотой 1 м приставным и чередующимся шагом	Катание мяча вперед
Ходьба вверх и вниз по наклонной доске (ширина доски 25 см, высота над полом 10-16 см)	Ползание на дорожке	Бросание мяча вниз, вдаль
Подъем и спуск со ступеньки высотой 10 см	Переползание через препятствие	
Перешагивание через препятствие на полу (веревка, палка) или на уровне 5-10 см от пола	Подползание под веревку, скамейку	
Приседание с опорой		

Упражнения для детей 2 г. - 2 г. 6 мес.		
Продолжительность занятий составляет 15 мин.		
Использование конкретных заданий, хорошо понятных ребенку		
Применение игрушек, пособий		
Включение активных имитационных упражнений, в т.ч. активных дыхательных		
Ходьба с перешагиванием через препятствия, по кругу, по очерченной дорожке	Лазанье по наклонной лестнице высотой 1,5 м приставным и чередующимся шагом	Бросание мяча правой и левой рукой в цель на уровне груди, глаз ребенка на расстоянии 50-70 см, 60-100 см - соответственно
Ходьба вверх и вниз по наклонной доске (ширина доски 15-20 см, высота над полом 20-30 см)	Ползание на очерченной дорожке, ползание до игрушки	Бросание мяча двумя руками от груди и из-за головы вдаль
Подъем и спуск со ступеньки высотой 15 см	Переползание через препятствие	Игры с бросанием и ловлей мяча
Физические упражнения		
Перешагивание через препятствие (веревка, палка) на уровне 15-25 см от пола	Подползание под веревку, скамейку	
Упражнения для детей 3 лет		
Продолжительность занятий для детей 2-3 лет составляет 20 мин.		
Возможно проведение мало групповых занятий с детьми, близкими по уровню психо-моторного развития		

Ходьба по кругу, шаги вбок, назад; ходьба с ускорением, переходом к бегу	Лазанье по наклонной лестнице высотой 1,5 м приставным и чередующимся шагом	Катание мяча со взрослым
Ходьба между линиями по гимнастической скамейке, доске шириной 12 см	Подползание под веревку, скамейку	Бросание маленького мяча в цель на полу, а также на уровне глаз ребенка на расстоянии 100-120 см
Пробежать медленно до 80 м, бегать непрерывно в течение 30-40 сек.	Ходьба на четвереньках по доске на высоте 20 см	Бросание мяча двумя руками снизу
Подъем и спуск со ступеньки высотой 25 см	Игра с ползанием	Игры с бросанием и ловлей мяча
Игры с ходьбой и бегом		Прыжки

Физические упражнения для детей раннего возраста (3-6 лет) [88]

Физические упражнения		
Для развития ходьбы, равновесия	Для развития мышц спины, брюшного пресса, координированного взаимодействия рук и ног	Для развития ловкости, пространственной ориентировки
Упражнения для детей 3 г. 6 мес.		
Продолжительность занятий составляет 25 мин.		
Ходьба с остановкой, приседанием, поворотами, обходя предметы	Ползание по прямой не менее 6 м	Катание мячей, шариков со сверстниками или взрослыми друг другу на расстоянии 1-1,5 м
Ходьба по узкой доске на полу (ширина 10-15 см, длина 2-2,5 м), по гимнастической скамье	Подлезать под веревку, (высота 40 см), не касаясь руками пола	Прыжки с высоты 15-20 см, в длину
Перешагивание через лежащие на полу предметы (кубики, бруски, игрушки)	Пролезать в обруч	Подвижные игры
Упражнение «ласточка»	Подвижные игры	
Упражнения для детей 4 лет		
Продолжительность занятий составляет 25 мин.		

Ходьба в определенном направлении, высоко поднимая колени, приставными шагами вперед, в стороны	Лазанье по гимнастической стенке (высота 1-1,5 м)	Бросание мяча (диаметром 6-8 см) с расстояния 1,5 м в корзину на полу двумя руками снизу, от груди, правой и левой рукой
Ходьба по наклонной доске (высота 35-50 см), бревну	Ползание по гимнастической скамье	Бросание мяча (диаметр 6 в корзину с расстояния 1,1 вдаль правой и левой рук
Бег с остановкой и сменой направления, по кругу	Перелезание через лежащее на полу препятствие	Бросание мяча вдаль, в вертикальную цель (высота "правой и левой рукой с расстояния 1-1,5 м.
Быстрый бег 10-20 м	Подвижные игры	Перепрыгивание через невысокие предметы (5 см)
Медленный бег 160 м		Прыжки с места в длину
Непрерывный бег 50-60 сек.		Подвижные игры
Упражнения для детей 4 лет 6 мес.		
Продолжительность занятий составляет 25 мин.		
Ходьба, бег со сверстниками, со сменой ведущих, между расставленными предметами, не задевая их	Пролезать под предметы боком, между ними, проползать под ними	Катание мяча между предметами, прокатить мяч в ворота (ширина 50-60 см) с расстояния 1,5-2 м

Ходьба по шнуру, расположенному прямо, по кругу, зигзагообразно (длина 10 м)	Ползание вверх и вниз по наклонной доске на четвереньках	Бросание, ловля мяча с расстояния 1-1,5 м
Ходьба по скамейке (высота 35 см, ширина 20 см), бревну		Подпрыгивать на двух ногах с продвижением вперед (дважды)
Подвижные игры		Подвижные игры
Упражнения для детей 5 лет		
Продолжительность занятий составляет 30 мин.		
Ходьба, бег, высоко поднимая колени, на носках	Перелезание через бревно	Бросание мяча, камешков, шишек правой и левой рукой» вдаль
Ходьба, бег по горизонтальной и наклонной доске (переменным шагом - прямо, приставным шагом - боком), высота 35 см, ширина 15 см	Ползание по гимнастической скамье (высота 20-30 см)	Бросание мяча двумя руками снизу и из-за головы вдаль
Непрерывный бег 1,5 мин.	Ходьба на четвереньках с опорой на стопы и ладони	Ловля мяча, отскочившего от пола; бросание мяча вверх и его ловля
Бег со средней скоростью (40 м) в чередовании (2-3 раза) с ходьбой (80-120 м)		Бросание мяча в вертикальную цель (высота 1,5

		м) правой и левой рукой с расстояния 1,5-2 м
Быстрый бег 10 м (2-3 раза) с перерывами		Подпрыгивания, прыжки в длину с места, перепрыгивания через предметы (5-10 см)
Последовательное перешагивание через рейки горизонтально лежащей лестницы, и поднятой на 20 см или через 5-6 набивных мячей		Бросание мяча в горизонтальную цель правой и левой рукой с расстояния 2-2,5 м
Упражнения для детей 5 лет 6 мес.		
Продолжительность занятий составляет 30 мин.		
Ходьба на носках (руки за голову), на пятках, перекатом пятки на носок, на наружных краях стопы, приставным шагом	Лазанье по гимнастической стенке вверх и вниз, не пропуская реек (высота 2 м)	Забрасывание кольца на палку, бросание мяча в кольцо с расстояния 1-1,5 м
Бег на носках, высоко поднимая колени, с преодолением препятствий (обегать, перешагивать, пролезать)	Ползание на четвереньках 3-4 м, толкая мяч, на четвереньках назад, на животе, пролезая под скамейкой	Бросание мяча вверх и ловля его после удара о пол двумя и одной рукой
Непрерывный бег 1,5-2 мин., бег со		Перебрасывание малого мяча из

средней скоростью 50 -100 м - 2.3 раза, чередуя с ходьбой		одной руки в другую, подбрасывание и ловля с хлопками
Ходьба по доске шириной 0-15 см приставными шагами с мешочком на голове		Прыжки с ноги на ногу на месте и продвигаясь вперед
Подвижные игры		Перепрыгивание на двух ногах через предмет (5-6 предметов высотой 15-20 см)
Упражнения для детей 6 лет		
Продолжительность занятий составляет 30 мин.		
Бег от ловящего, за убегающим	Перебираться с одного пролета гимнастической стенки на другой	Перебрасывание мяча друг другу разными способами и ловить его стоя, сидя
Ходьба 3-4 м с закрытыми глазами	Чередование ползания в другими видами упражнений (ходьба, бег, перешагивание и т.д.)	Метание мяча в горизонтальные и вертикальные кольца (высота мишени 2 м, с расстояния 3-4 м)
Перебежки до 320 м по пересеченной местности		Метание мяча вдаль
Быстрый бег Юме перерывами (3-4 раза), челночный бег		Прыжки в длину с мест с разбега; прыжки в вверх с места

3-10 м		
Упражнение «ла- сточка»		Прыжки через длинную качаю- щуюся скакалку, через короткую вращающуюся скакалку
Стоя на гимна- стической ска- мье, подниматься на носки и опус- каться на всю ступню, поворачи- ваться кругом		Подвижные игры

Основные двигательные навыки у детей раннего возраста (1-3 лет) [88]

Возраст (год, месяцы)	Двигательная активность		Зрительный анализатор	Слуховой анализатор
	крупная моторика	мелкая моторика		
1 г. - 1 г. 3 мес.	Наклоняется к полу за игрушкой и возвращается в исходное положение	Помогает переворачивать страницы. Держит восковой мелок в правильном положении	Смотрит в сторону называемого человека	Понимает простые слова. Показывает 10 предметов по требованию
1 г.3 мес. - 1 г. 6 мес.	Перешагивает препятствия на своем пути, ударяет ногой по мячу	Манипулирует предметами, пользуясь обеими руками. Переворачивает страницы книги, захватывая 2-3 страницы	Рассматривает Мелкие картинки и предметы	Реагирует на простые задания «Иди ко мне»
1 г.6 мес.- 1	Подъем и пуск по лестнице,	Захватывает ди-	Знает свою одежду.	Отчетливо слы-

г. 9 мес.	держась одной рукой за перила и становится на каждую ступеньку двумя ногами	стальными фалангами нитку или соринку	Знает разницу «один-много»	шит и понимает простейшую речь
1 г. 9 мес.- 2 г.	Ходит по узкой дорожке без помощи.	Вкладывает в отверстие соответствующую форму (квадрат, круг, треугольник)	Узнает знакомых людей	Понимает смысл просьбы «Открой рот». Указывает на называемую часть тела
2 г. - 2 г.6 мес.	Поднимается и спускается по вертикальной лестнице	Нанизывает на нити 4 крупные бусины, составляет пазлы из 4 элементов	Различает основные цвета и называет их	Выполняет указание, одно слово которого обозначает действие, а другое - название предмета
2 г.6 мес. – 3 г.	Прыгает на месте без помощи, расставив ноги	Режет ножницами	Узнает знакомые места. Состав-	В течение 10 минут внимательно слушает рассказ

			ляет картинку из 4 частей	
--	--	--	---------------------------	--

Основные двигательные навыки у детей дошкольного возраста (3-6 лет) [88]

Возраст (год, месяцы)	Двигательная активность		Зрительный анализатор	Слуховой анализатор
	крупная моторика	мелкая моторика		
3 г. - 3 г.6 мес.	Ходит задом наперед, балансирует на одной ноге	Копирует знак и наклеивает картинку на бумагу	Составляет картинку из 6 частей	Находит веселого, грустного, сердитого человека по картинкам
3 г. 6 мес. - 4 г.	Ловит мяч двумя руками, прыгает в сторону и обратно	Строит сооружения из деталей крупного конструктора	Различает 5 геометрических фигур	Слушая рассказ, отвечает словами или жестами на простые вопросы
4 г. - 5 лет	Участствует в групповых спортивных играх, любит подвижные игры	Рисует мелкие детали, составляет аппликации, которые состоят из мелких частей,	Различает 5-7 геометрических фигур	Слушает короткий рассказ, пересказывает его

		пра- вильно держит ручку		
5 - 6 лет	Участ- вует в группо- вых спортив- ных иг- рах. Хо- рошо развиты коорди- нация и равнове- сие, но харак- терна быстрая утомляе- мость	Вырезает предметы из бумаги и картона. Может писать, рисовать простые геометри- ческие фигуры, цифры	Разли- чает эле- менты фигур, сравни- вает ко- личество сторон, углов моделей одного вида, но разного цвета или раз- мера	Переска- зывает рассказ

Перечень продуктов, запрещенных для питания детей с фенилкетонурией

Мясо и мясные изделия	Баранина, говядина, свинина, мясо птиц (куры, утки, индейка и т.п.), колбасы, паштеты, сардельки, сосиски, субпродукты (печень, почки, сердце и т.п.), мясные деликатесы (карбонат, буженина и т.п.)
Рыба и рыбные продукты	Рыба морская и речная свежая и замороженная, рыбные консервы, икра, крабовые и рыбные палочки, креветки, моллюски, пасты и паштеты, ракообразные
Творог и сыры	Творог, творожки, твороженные массы и сырки, брынза, сыры твердые и мягкие, сыры и сырки плавленые, сырные пасты
Хлеб и хлебобулочные изделия	Мука (пшеничная, ржаная, овсяная, гречневая, рисовая, кукурузная), хлеб белый и черный, хлебные палочки, баранки, сушки, булочки, печенье, пирожные, торты
Крупа и хлопья	Крупа гречневая, крупа кукурузная, рис, пшено, толокно, крупа манная, крупа перловая, крупа ячневая, хлопья овсяные
Соевые продукты	Мука соевая, продукты из сои (заменители мяса и т.п.), широко распространенные в вегетарианском питании, попкорн
Яйца	Все виды яиц
Орехи	Все виды орехов

Аспартам <1>	Низкокалорийные напитки и жевательные резинки, содержащие искусственный подсластитель - аспартам <1>
Желатин	Загуститель
Молоко и кисломолочные продукты	Молоко, кефир, ряженка, простокваша, йогурты

Перечень продуктов, *ограниченно рекомендуемых* для питания детей с фенилкетонурией

Молоко и молочные продукты	Молоко, кефир, йогурт (белок – не более 2,8 г / 100 мл) Молоко сгущенное с сахаром Ацидофиллин Сметана (жирность не менее 25%) Сливки 10% жирности
Крупа и крупяные изделия	Рис отварной Кукурузная крупа вареная (мама-лыга) Капуста цветная вареная Брокколи сырая, вареная Брюссельская капуста вареная
Овощи	Капуста цветная вареная Брокколи сырая, вареная Брюссельская капуста вареная
Овощные консервы	Шпинат-пюре Горошек консервированный Кукуруза консервированная

Перечень продуктов, рекомендуемых для питания детей с фенилкетонурией

Овощи	Баклажаны, брюква, кабачки, капуста бело- и краснокочанная, каперсы, морковь, огурцы, пастернак, патиссоны, перец сладкий, помидоры, редис, репа, свекла, тыква
Зелень	Артишоки, базилик, кресс-салат, кинза, лук-порей, лук репчатый, ревень, петрушка, сельдерей, салат-латук, укроп, фенхель
Фрукты и ягоды	Свежие и консервированные (или приготовленные в сахаре) фрукты: абрикосы, айва, ананас, апельсины, арбуз, виноград, гранат, груши, грейпфрут, дыня, ежевика, изюм, инжир (свежий, но не сушеный!), киви, клубника, крыжовник, лимон
Крупа и крупяные изделия	Мука рисовая и кукурузная, крахмал тапиоки, кукурузный и картофельный крахмал, тапиока, саго, зерновые
Жиры и масла	Сливочное масло – содержание жира 82%, топленое масло, растительные масла всех видов (жидкие и твердые)
Сахар	Сахар, фруктоза, глюкоза, молочный сахар, мальтодекстрин, варенье, джемы, конфитюры, сиропы, мед, мармелад, леденцы, прозрачная карамель, сладости, напитки, питьевая вода негазированная, соки, нектары, чай.

Оценка боли невербальных пациентов для новорожденных и детей до 1 года [110]

4. Шкала оценки боли NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) (для новорожденных и пациентов до 1 года)

№ п/п	Показатель	0 баллов	1 балл	2 балла	Баллы*
1	Выражение лица	Расслабленные мышцы. Спокойное лицо, нейтральное выражение	Гримаса. Сжаты мышцы лица, страдальчески изогнутые брови, подбородок и челюсть (негативное выражение лица – нос, рот, брови)	—	
2	Плач**	Отсутствие плача	Хныканье, умеренные прерывистые стоны	Сильный плач. Сильный крик, высокий, пронзительный, непрерывный	
3	Дыхание	Дыхание расслабленное, обычное для данного пациента	Визуальное изменение дыхания. Вдыхание воздуха нерегулярное, быстрее обычного, рвотные движения, задержка дыхания	—	
4	Руки	Руки расслаблены. Нет напряженности мышц, случайные движения рук	Руки согнуты или вытянуты. Напряженные выпрямленные руки, напряженное и/или быстрое движение, сгибание рук	—	
5	Ноги	Ноги расслаблены. Нет напряженности мышц, случайные движения ног	Ноги согнуты или вытянуты. Напряженные прямые ноги, напряженное и/или быстрое движение, сгибание ног	—	
6	Состояние возбуждения	Сон спокойный, со случайными движениями ног. Бодрствование спокойное, уравновешенное	Суетливое состояние, тревога, беспокойство и нервные движения	—	
7	Суммарный балл				

* Минимальное количество баллов – 0, максимальное – 7. Балл выше 3 указывает на боль.

** Безмолвный плач может быть просуммирован, если пациент интубирован и плач очевиден по движениям губ и лица.

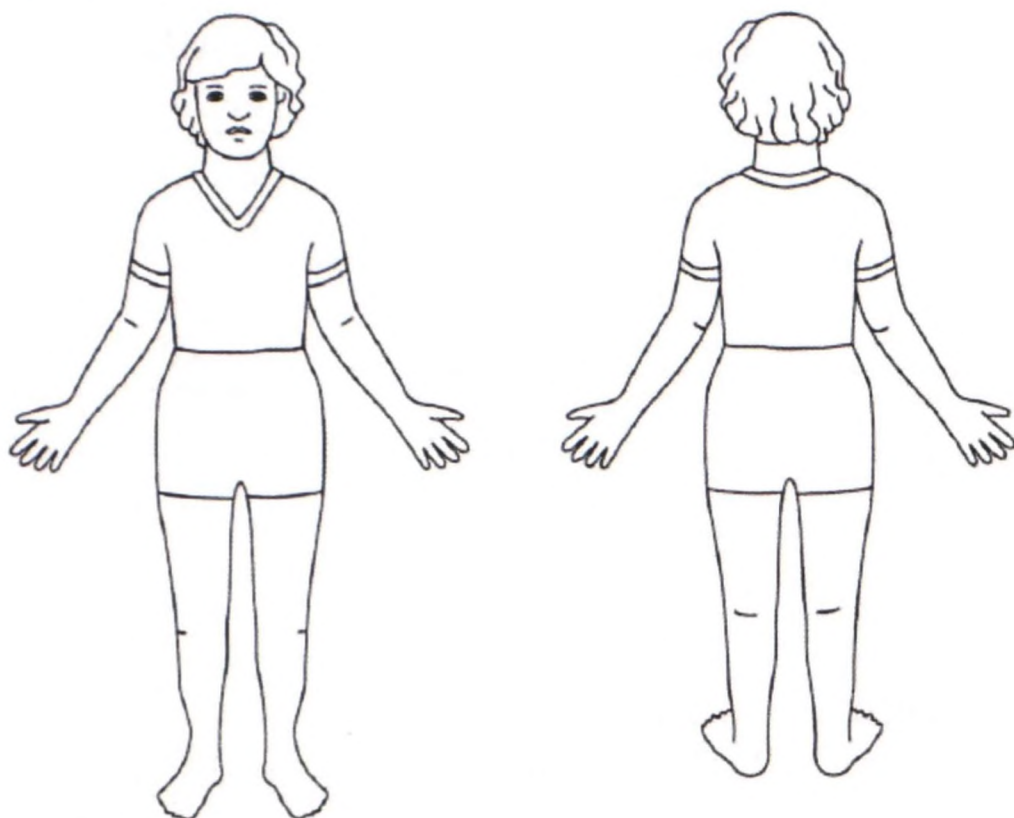
Шкала рук по выражению боли невербально (Hand Scale) (для пациентов старше 3 лет) [110]



* Попросить пациента показать, насколько сильная боль, с помощью пальцев рук.

Кисть сжать — не болит;
указательный палец вверх — немножко болит;
2 пальца вверх — болит сильнее;
3 пальца вверх — болит значительно сильнее;
большой палец прижат к ладони, остальные 4 пальца
вверх — очень болит;
раскрыта вся ладонь — болит нестерпимо.

Невербальное выяснение локализации боли у ребенка старше 3 лет



нет боли	слабая боль	умеренная боль	сильная боль
			
зеленый	желтый	оранжевый	красный

- Интенсивность боли пациент определяет с помощью цвета. Шкала позволяет определить локализацию боли, если попросить пациента раскрасить изображение человека в соответствующих местах.

Рейтинговая шкала гримас Вонг-Бейкера (для детей старше 3 лет) [110]



* Попросить пациента выбрать одно из нарисованных лиц, которое соответствует его уровню боли. Иногда, используя эту шкалу, пациент может больше ориентироваться на свои эмоции, чем на боль. Поэтому эта шкала не всегда бывает адекватна для оценки боли.

Сведения о поведении при боли у невербальных пациентов с поражением нервной системы [110]

Оценка боли невербальных пациентов:

№ п/п	Показатель	Проявление	Балл*	Описание
1	Выражение лица	Расслабленное, нейтральное	0	Напряжение мышц не наблюдается
		Напряженное	1	Пациент хмурится, опускает брови, напрягает глазные орбиты; любые иные изменения (например, открывает глаза или текут слезы во время болезненных процедур
		Гримасы	2	Все предыдущие движения, а также крепко закрытые веки, открытый рот, покусывание эндотрахеальной трубки
2	Движение тела	Отсутствие движений или нормальное положение тела	0	Вообще не двигается (это не означает, что пациент не испытывает боли), или у пациента нормальное положение тела (движения не направлены на участок боли или движения не с целью защиты)
		Защита	1	Медленные, осторожные движения, касается или трет участок боли, пытается привлечь внимание движениями
		Беспокойство	2	Пациент пытается вытащить эндотрахеальную трубку, пытается сесть, двигает конечностями, не следует командам и борется с персоналом, пытается встать с постели
3		Толерантен к ИВЛ	0	Сигналы на мониторе не активированы, легкое дыхание

	Толерантность к ИВЛ (для интубированных пациентов)	Кашляет, но толерантен	1	Кашляет, сигналы на мониторе активируются, но спонтанно отключаются
		Борется с ИВЛ	2	Асинхрония: блокирует вентиляцию, сигналы часто активируются
3.1	Издавание звуков (для неинтубированных пациентов)	Издаваемые звуки (речь) нормального тона или молчит	0	Издаваемые звуки (разговор) нормального тона или нет звука
		Вздыхает, стонет	1	Вздыхает, стонет
		Кричит, рыдает	2	Кричит, рыдает
4	Напряжение мышц. Оценка пассивного сгибания и разгибания верхних конечностей, когда пациент находится в состоянии покоя при смене положения тела	Расслаблены	0	Не сопротивляется пассивным движениям
		Напряжены, ригидны	1	Сопротивляется пассивным движениям
		Очень напряжены или очень ригидны	2	Сильно сопротивляется пассивным движениям, невозможно завершить движения

0–1 балл – нет боли, выжидательная тактика;

2–5 баллов – боль есть, но лекарственная терапия не обязательна (решает врач);

6–8 баллов – боль есть, рассмотреть лекарственную терапию (решает врач).

Научное издание

Матвейчик Татьяна Владимировна

**Направления совершенствования
помощи детям с дизонтогенезом
в инклюзивном образовании**

Подписано к печати 27.07.2026.

Формат 84x108 1/32.

Бумага офсетная. Печать цифровая.

Усл. печ. л. 10,92. Тираж 99 экз. Заказ 1231.

Общество с ограниченной ответственностью «Ковчег».

Свидетельство о государственной регистрации
издателя, изготовителя, распространителя печатных
изданий № 1/381 от 01.07.2014.

Ул. Леонида Беды, 11/1-205, 220040, г. Минск.

Тел./факс: (017) 3791981, тел.: (017) 3581927.

e-mail: kovcheg_info@mail.ru

В работе представлены научно-образовательные, теоретические и практические материалы, посвященные анализу направлений совершенствования помощи детям с дизонтогенезом, ознакомлению с опытом успешных практик образования таких ребят в школьной педиатрии.

Рекомендовано для студентов медицинских вузов, учащихся колледжей, практикующих медицинских сестер, помощников врача по амбулаторно-поликлинической помощи, системы дополнительного медицинского образования.

ISBN 978-985-884-649-7

