

Медицинская и психосоциальная реабилитация

научно-практический журнал

1 2025



Medical and psychosocial rehabilitation (Russia)

Медицинская и психосоциальная реабилитация

№ 1 2025

Medical and psychosocial rehabilitation

2 номера в год

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
А.А. Якунин

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР
А.Г. Бухна,
к.м.н., доцент

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ
Е.А. Матейкович, к.м.н., доцент

Журнал включен в
Российский индекс научного
цитирования (РИНЦ)

При перепечатке
материалов ссылка
на журнал
"Медицинская
и психосоциальная
реабилитация" обязательна

Макет, верстка, подготовка к печати:
ООО «М-ЦЕНТР»

Адрес редакции:

625027, г. Тюмень,
ул. Минская, 67, корп. 1, офис 101
Телефон: +7 (3452) 73-27-45

E-mail: note72@yandex.ru

Адрес для переписки:
625041, г. Тюмень, а/я 4600

Отпечатан с готового набора
в издательстве «Вектор Бук»

Адрес издательства:
625004, г. Тюмень,
ул. Володарского,
д. 45, тел.: (3452) 46-90-03

Учредитель и издатель:
ООО «М-ЦЕНТР»
г. Тюмень, ул. Шиллера, 34-1-10

Дата выхода: 24.03.2025 г.

Заказ № 117

Тираж 300 экз

Цена свободная

16+

Содержание

- С.В. Серман, К.Ю. Ильченко*
Комплексная ресоциализация в кризисной
ситуации: опыт Челябинской области 3
- А.Н. Апанасенко*
Методика «Тетрадь целей» как один
из компонентов реабилитационной
программы «Пробуждение» 7
- А.М. Сульдин*
Медико-социальная реабилитация детей-сирот
и детей, оставшихся без попечения родителей
в условиях детского специализированного
учреждения социального обслуживания 11
- Н.М. Кобзева*
Профилактика эмоционального выгорания
персонала в сфере помощи бездомным 18
- Н.А. Штейман*
Формирование умений, навыков
и восстановление двигательной деятельности
у людей, находящихся в кризисной ситуации,
интеграция в общество посредством АФК
на примере ЦП «Милосердие» 23
- А.В. Приленская, Б.Ю. Приленский, Д.И. Боечко*
Состояние психики и социальный кризис 25
- С.В. Давидовский*
Социально-психологические особенности
самоповреждающего и суицидального
поведения 29
- С.А. Гальперин, А.Г. Бухна*
Влияние употребления психоактивных веществ
на восприятие собственной внешности и
самостигматизация у лиц, имеющих
алкогольную и/или наркотическую зависимости. 32
- С.И. Бужин*
Самоубийство и суицидальная активность:
решения в системе управления кейсами 35

Редакция не несет
ответственности
за содержание рекламных
материалов

Редакция не всегда
разделяет мнение авторов
опубликованных работ

Интернет-ресурсы:

www.elibrary.ru

На 1 стр. обложки:
Д.У. Уотерхаус «Диоген»,
ок. 1882 г. (фрагмент)

К.С. Нерсисян, С.С-Х. Гаибов, Д.П. Воробьев
Пластика периферических нервов40

*В.В. Полякова, О.С. Крымская,
Е.В. Захарчук, С.С-Х. Гаибов*
Клинические аспекты черепно-мозговых травм
в детском возрасте: вопросы диагностики, лечения
и реабилитации 46

*Е.А. Чертов, Н.М. Фёдоров, А.В. Логвиненко,
Б.В. Слезко, П.А. Барышников,
Е.В. Садыкова, Е.С. Пинягина*
Радиохирургическое лечение интракраниальных
метастазов в ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский
город» в период 2019-2022 гг. 51

Contents

S.V. Serman, K.Yu. Ilchenko
Comprehensive resocialization in a crisis situation:
experience of the Chelyabinsk region 3

A.N. Apanasenko
The "Notebook of goals" method as one of the components
of the «Probuzhdeniye» rehabilitation program7

A.M. Suldin
Medical and social rehabilitation of orphaned children and
children left without parental care in a children's specialized
social service institution 11

N.M. Kobzeva
Prevention of emotional burnout of staff in the field of assistance
to the homeless 18

N.A. Shteyman
Development of skills, recovery of motor activity, and social
integration of people in crisis situations through adapted
physical education: case study of the charity center «Mercy» 23

A.V. Prilenskaya, B.Yu. Prilensky, D.I. Boechko
Mental state and social crisis25

S.V. Davidovsky
Socio-psychological features of self-harming and suicidal behavior 29

S.A. Galperin, A.G. Bukhna
The effect of substance use on the perception of one's own
appearance and self-stigmatization in people with alcohol
and/or drug addiction 32

S.I. Bukin
Suicide and suicidal activity: solutions in a case management
system 35

K.S. Nersesyan, S.S. Gaibov, D.P. Vorobyov
Peripheral nerve plastic surgery40

*V.V. Polyakova, O.S. Krymskaya,
E.V. Zakharchuk, S.S. Gaibov*
Clinical aspects of traumatic brain injury in childhood:
issues of diagnostics, treatment and rehabilitation 46

*E.A. Chertov, N.M. Fedorov, A.V. Logvinenko, B.V. Slezko,
P.A. Baryshnicov, E.V. Sadykova, E.S. Pinyagina*
Radiosurgery treatment of intracranial metastases
in the Medical center "Medical City" in the period 2019-2022 51

КОМПЛЕКСНАЯ РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ В КРИЗИСНОЙ СИТУАЦИИ: ОПЫТ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

С.В. Серман¹, К.Ю. Ильченко²

¹АНО «Центр социальной адаптации “Единство”», г. Челябинск

²Ассоциация реабилитационных центров «Южный Урал без наркотиков», г. Челябинск

E-mail: serman1977@bk.ru, ilchenkoko@gmail.com

COMPREHENSIVE RESOCIALIZATION IN A CRISIS SITUATION: EXPERIENCE OF THE CHELYABINSK REGION

S.V. Serman¹,
K.Yu. Ilchenko²

¹Autonomous Non-Profit Organization “Unity” Social Adaptation Center, Chelyabinsk, Russia

²“South Urals Without Drugs” Association of Rehabilitation Centers, Chelyabinsk, Russia

В статье рассматриваются подходы к комплексной ресоциализации лиц, оказавшихся в кризисных обстоятельствах (бездомных, освободившихся из мест лишения свободы без документов, а также страдающих зависимостями). Описана структура реабилитационного процесса от первичной диагностики до последующего сопровождения. Особое внимание уделено роли терапевтического сообщества «Трезвая ферма» и необходимости межведомственного взаимодействия. Делается *вывод* о перспективности масштабирования данной модели в рамках региональной и федеральной систем социальной поддержки.

Ключевые слова: кризисная ситуация, ресоциализация, психосоциальная реабилитация, терапевтическое сообщество

Ресоциализация лиц, оказавшихся в кризисной ситуации, представляет собой комплексную задачу, требующую согласованного воздействия на социальные, психологические и правовые аспекты жизни человека. Доказано, что зависимость – алкогольная или наркотическая – часто выступает ключевым барьером на пути к восстановлению. В условиях Челябинской области АНО «Центр социальной адаптации “Единство”» демонстрирует успешный опыт применения методик психосоциальной реабилитации, разработанных прежде для зависимых, к более широкому кругу граждан, оказавшихся в тяжёлых условиях жизни [1-3].

Психосоциальная реабилитация предполагает системные изменения: от коррекции внутренних убеждений до освоения конструктивных навыков взаимодействия с обществом. При этом важна роль специалистов, обладающих знаниями в области психологии зависимости, кризисного консультирования, а также методами мотивационного интервьюирования и психотерапии. Без подобной подготовки эффективность ресоциализации снижается [4, 5].

Для глубокой перестройки поведенческих паттернов и мировоззрения необходимо безопасное пространство, свободное от преж-

них деструктивных влияний. «Трезвая ферма» – это загородная площадка, где клиенты проходят программу терапевтического сообщества. Изоляция от привычной среды и старых социальных связей позволяет сфокусироваться на внутренней работе, снижает риск рецидива и даёт возможность обрести новые модели поведения [6, 7].

Целью работы является описание структуры комплексной ресоциализации граждан, оказавшихся в кризисных обстоятельствах, с фокусом на методах психосоциальной реабилитации, применяемых в АНО «Центр социальной адаптации “Единство”». Одновременно выделяются основные факторы, влияющие на эффективность реабилитации, а также обозначаются направления дальнейшего развития и масштабирования данной модели.

Материалы и методы

Материалы: практический опыт АНО «Центр социальной адаптации “Единство”» (г. Челябинск), включая данные о деятельности загородной площадки «Трезвая ферма»; наработки по межведомственному взаимодействию с Ассоциацией «Южный Урал без наркотиков» и государственными службами (социальной защиты, здравоохранения, занятости и т.д.).

Методы.

1. *Первичная диагностика.* На данном этапе специалисты выявляют юридические, социальные и психологические проблемы клиента, анализируют степень зависимости и определяют стадию готовности к изменениям:

– собеседования и скрининг-тесты (для выявления алкогольной или наркотической зависимости, а также других форм деструктивного поведения);

– оценка социального окружения (семья, круг общения, «зоны риска»); проверка документов и выяснение актуальных правовых вопросов (наличие паспорта, СНИЛС, жилищных прав);

– предварительное определение ресурса мотивации (готовность человека признавать свою проблему и принимать помощь).

2. *Мотивационное интервьюирование и психопросветительские беседы.* Цель – помочь клиенту осознать необходимость перемен, сформировать внутреннюю мотивацию и позитивный настрой на сотрудничество.

– мотивационное интервьюирование: выявление противоречия между текущим положением и желаемым будущим;

– письменные упражнения: анализ страхов, надежд и целей, чтобы человек увидел перспективы роста и изменения;

– психопросветительские беседы: разъяснение сущности зависимости, возможных рисков рецидива, выгод трезвого и социально стабильного образа жизни.

3. *Психокоррекционные методики.*

В этот блок входят разные терапевтические и тренинговые форматы, ориентированные на глубокую проработку деструктивных убеждений и формирование навыков конструктивного взаимодействия с окружающими.

– индивидуальная терапия (гештальт-подход, когнитивно-поведенческие техники и др.), помогает осознать и проработать личные проблемы;

– групповые поддерживающие встречи («шестерни», группы личностного роста), где участники учатся выражать эмоции, давать и принимать обратную связь;

– трудотерапия: работа на ферме (уход за животными, огородничество, приготовление еды, уборка), которая способствует развитию навыков самоорганизации и ответственности;

– кинотерапия: просмотр тематических фильмов с последующим обсуждением проблем героев, рефлексией собственных поведенческих паттернов;

– ролевые игры: моделирование ситуаций конфликтов, срывов, возвращения к старым привычкам и поиск новых путей решения.

4. *Ресоциализация.*

Данный этап направлен на восстановление юридического статуса, поиск работы, освоение навыков самостоятельного ведения хозяйства и в целом адаптацию к социальной среде:

– юридическая помощь: содействие в оформлении паспорта, СНИЛС, трудовой книжки, решении вопросов с жильём и пособиями;

– профессиональное ориентирование: анализ способностей клиента, составление резюме, поиск курсов, сопровождение при трудоустройстве;

– семейная терапия (при необходимости): налаживание отношений с близкими, профилактика конфликтов, восстановление социально значимых связей;

– обучение управлению бытом: финансовая грамотность (планирование бюджета), навыки самообслуживания, умение взаимодействовать с государственными службами.

5. *Поддерживающее сопровождение.* Завершающий (и в то же время долгосрочный) этап, снижающий риск рецидива и позволяющий закрепить достигнутые изменения:

– регулярные встречи выпускников: формат групп поддержки и самопомощи, где бывшие резиденты делятся успехами и трудностями адаптации «на воле»;

– индивидуальные консультации: возможность обратиться к психологу или консультанту по зависимостям при первых тревожных симптомах или жизненных сложностях;

– социальное кураторство: оказание содействия в повторном трудоустройстве, решении бытовых и правовых вопросов, поиске нового жилья.

Общая концепция программы (выдержки из методических рекомендаций)

1. *Светская адаптация «первых трёх шагов».*

Шаг 1 (Осознание проблемы): признать, что существующая проблема (зависимость, асоциальный образ жизни и др.) стала некон-

тролируемой и негативно влияет на качество жизни.

Шаг 2 (Поиск помощи): понять, что человеку необходима внешняя и внутренняя поддержка (психологи, социальные работники, группа, друзья), а также собственные ресурсы для преодоления кризиса.

Шаг 3 (Принятие решения о переменах): осознанно начать работу над изменением своего поведения, исходя из личных ценностей и потребностей.

2. Основные инструменты:

- дневник чувств (ежедневный): фиксируются эмоции, мысли, значимые события дня, что помогает клиенту осознанно относиться к своим переживаниям;

- дневник самонаблюдений: фиксирование поступков и «пусковых механизмов» деструктивного поведения;

- письменные упражнения: поэтапное выявление проблемы, формирование целей, анализ ресурсов;

- работа с куратором (психологом): индивидуальные встречи для обсуждения трудностей, корректировки целей и мотивации.

3. Структура занятий и временные рамки:

- периодичность: 1–2 индивидуальные встречи в неделю, плюс самостоятельная письменная работа;

- продолжительность: от 6 до 12 недель в зависимости от динамики и готовности участника;

- регулярная самопроверка: в конце каждой недели оценивается сделанное, фиксируются успехи или ошибки.

4. Этапы методической работы:

Этап 1: Осознание проблемы. Написание «истории своей проблемы», составление списка потерь и ущерба, ведение дневника чувств, анализ «мест уязвимости».

Этап 2: Принятие помощи и поиск ресурсов. Идентификация личных и внешних ресурсов, поиск «рабочих стратегий», обращение за помощью, анализ отношения к поддержке (стыд, страх, облегчение).

Этап 3: Принятие решения о переменах. Формирование личных ценностей, составление «карты перемен» на 3–6 месяцев, написание «обращения к себе будущему».

5. Дополнительные рекомендации:

- режим дня и бытовые задачи: ежедневные обязанности на ферме или в социальном проекте укрепляют чувство ответственности;

- групповая работа: общий обмен опытом, поддержка и социальная интеграция;

- еженедельная отчётность: фиксирование выводов и планов на следующую неделю;

- конфиденциальность: обязательное условие доверительной атмосферы.

- гибкость подходов: адаптация заданий к индивидуальным особенностям каждого участника.

В рамках комплексной ресоциализации методический акцент делается не только на устранении внешних факторов неблагополучия, но и на глубокой психологической проработке убеждений, привычек и ценностей человека. Благодаря этому достигается более устойчивая личностная трансформация и повышается вероятность успешного возвращения участника к полноценной социальной жизни.

Результаты

Эффективность усилий по ресоциализации во многом зависит от согласованности действий разных ведомств и организаций. Социальная защита, здравоохранение, органы занятости, правоохранительные структуры и НКО должны работать в едином русле. Для этого необходимы разработка единых протоколов, обмен данными, совместные семинары и круглые столы.

Профессионализм специалистов – ключевой ресурс. Психологи, консультанты по зависимостям, социальные работники, юристы должны регулярно повышать квалификацию, участвовать в супервизиях, получать актуальную информацию о новейших методиках. В этом контексте показательным является взаимодействие АНО ЦСА «Единство» с Ассоциацией реабилитационных центров «Южный Урал без наркотиков» (ЮОУБН), с которой было заключено соглашение. Ассоциация уже обладает налаженным коридором межведомственного взаимодействия и опытом, который может быть масштабирован и распространён на более широкую категорию граждан, оказавшихся в кризисной ситуации; в локальном формате этот опыт уже применён и развивается в «Единстве».

Опыт АНО «Центр социальной адаптации “Единство”» показывает, что чётко выстроенная этапность (от диагностики до долгосрочного сопровождения) и безопасное пространство для временной смены окруже-

ния (в формате терапевтического сообщества) повышают шансы на успешную реинтеграцию. Подопечные, прошедшие все этапы реабилитации, реже возвращаются к деструктивному поведению, активнее устраиваются на работу и восстанавливают связь с семьей. Важной составляющей является межведомственное взаимодействие, позволяющее консолидировать усилия профильных служб и некоммерческих организаций. Специалисты, обладающие компетенциями в области психологии зависимости и социальной работы, обеспечивают индивидуализированный подход к каждому клиенту.

Выводы

1. Многоэтапная психосоциальная реабилитация эффективна при наличии структуры терапевтического сообщества и методического сопровождения специалистов.

Литература:

1. Кузнецова Е.В. Ресоциализация граждан в трудной жизненной ситуации на примере социальных гостиц. *Молодой ученый*. 2018; 21 (151): 402–404.
2. Мацукевич О.Ю. Социально-культурная ресоциализация личности в трудной жизненной ситуации. *Вестник Челябинского государственного университета*. 2012; 1 (417): 123–127.
3. Федосеев А.П. Проблемы ресоциализации в современном обществе: социокультурный анализ. *Вестник Адыгейского государственного университета. Серия: Регионоведение: философия, история, социология, юриспруденция, политология, культурология*. 2010; 2: 149–154.

2. Безопасное окружение (загородная «Трезвая ферма») способствует снижению рецидивов и укреплению мотивации к изменениям.

3. Межведомственное взаимодействие является ключевым фактором, позволяющим расширять ресурсную базу и оказывать комплексную поддержку.

4. Квалификация персонала (психологи, консультанты по зависимостям, юристы, социальные работники) напрямую влияет на успешность ресоциализации.

5. Перспективы масштабирования заключаются в разработке единых стандартов и распространении лучшего опыта работы с различными целевыми аудиториями, оказавшимися в кризисе.

4. Царева Е.С. Интегрированная программа ресоциализации личности в посткризисные периоды жизни. *Мир науки, культуры, образования*. 2017; 2 (63): 234–239.
5. Царева Е.С. Социально-психологические технологии обеспечения системы ресоциализации личности в посткризисные периоды жизни. *Вестник Крымского федерального университета имени В. И. Вернадского. Психология. Педагогика*. 2016; 2 (4): 112–118.
6. Малахов А.В., Егоренко Т.А. Смыслоразнозначные ориентации личности на этапе ресоциализации. *Молодой ученый*. 2021; 19 (361): 268–270.
7. Курбатова Г.В., Чистотина О.Н., Нечаева Т.Г. Проблемы ресоциализации лиц, освобожденных условно-досрочно. *Закон и право*. 2024; 3: 249–254.

COMPREHENSIVE RESOCIALIZATION IN A CRISIS SITUATION: EXPERIENCE OF THE CHELYABINSK REGION

S. V. Serman¹,
K. Yu. Ilchenko²

¹Autonomous Non-Profit Organization “Unity” Social Adaptation Center, Chelyabinsk, Russia
²“South Urals Without Drugs” Association of Rehabilitation Centers, Chelyabinsk, Russia

Abstract:

The article discusses approaches to the comprehensive resocialization of individuals in crisis situations, including the homeless, ex-offenders without official documents, and those with addictions. It describes the structure of the rehabilitation process from initial assessment to aftercare support, highlighting the role of the “Sober Farm” therapeutic community and the importance of interdepartmental cooperation. The author concludes that this model can be scaled up within regional and federal social support systems.

Keywords: crisis situation, resocialization, psychosocial rehabilitation, therapeutic community

Для цитирования:

Серман С.В., Ильченко К.Ю. Комплексная ресоциализация в кризисной ситуации: опыт Челябинской области. *Медицинская и психосоциальная реабилитация*. 2025; 1: 3–6.

МЕТОДИКА «ТЕТРАДЬ ЦЕЛЕЙ» КАК ОДИН ИЗ КОМПОНЕНТОВ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ «ПРОБУЖДЕНИЕ»

А.Н. Апанасенко

Мурманская региональная общественная организация помощи нарко- и алкозависимым, лицам БОМЖ, попавшим в трудную жизненную ситуацию «Пробуждение», г. Мурманск

THE "NOTEBOOK OF GOALS" METHOD AS ONE OF THE COMPONENTS OF THE «PROBUZHDENIYE» REHABILITATION PROGRAM

A.N. Apanasenko

Murmansk regional public organization for assistance to drug and alcohol addicts, homeless people who have found themselves in a difficult life situation «Probuzhdeniye», Murmansk, Russia

Формирование новых жизненных целей и обретение новых смыслов – ключевой аспект социальной реабилитации и ресоциализации людей, страдающих от зависимости от психоактивных веществ, а также бездомных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Осознание собственных целей становится решающим шагом на пути к формированию новых жизненных принципов, личностных ориентиров и ценностных установок, которые помогут изменить жизнь к лучшему. В статье рассматривается опыт применения методики «Тетрадь целей» в программе реабилитации МРОО «Пробуждение» (г. Мурманск, Россия).

Ключевые слова: социальная реабилитация, жизненный путь, целеполагание

Региональная общественная организация помощи нарко- и алкозависимым, лицам без определённого места жительства (БОМЖ), попавшим в трудную жизненную ситуацию «Пробуждение» зарегистрирована в 2014 году. В 2016 году в Мурманске был открыт реабилитационный центр, рассчитанный на 24 места: 20 мест для мужчин и 4 для женщин. Этапы реабилитационной программы «Пробуждение»: первый этап – мотивационный; второй этап – стационарной реабилитации (180 дней); третий этап – адаптационный (180 дней); четвертый этап – постадаптационный (бессрочное сопровождение подопечных, прошедших реабилитацию).

Цель: программа «Пробуждение» направлена на восстановление целостности личности лиц, страдающих алкогольной и наркотической зависимостью, на основе духовных и нравственных ценностей.

Реабилитационной программой «Пробуждение» предлагается подход, в рамках которого главной мишенью становятся духовные основания личности. «Усиление, укрепление, реставрация личностного начала в человеке есть главный и наиболее действенный

инструмент реабилитации при любой форме зависимости» [1].

Реабилитационная программа «Пробуждение» опирается на принципы комплексного методологического подхода, определяющего зависимость от психоактивных веществ, как био-психо-социо-духовное заболевание, которое влечёт за собой потерю, в первую очередь, нравственных ценностей, моральных и этических принципов. «Нарушения психологического здоровья связаны с поражением личностного способа бытия и межличностных отношений, оскудением (дефицитом, деградацией или деформацией) человеческого в человеке. Это негативно сказывается на жизнеспособности и качестве жизни людей. Для нормализации психологического здоровья отдельных людей и жизни общества в целом недостаточно приведения в действие политических, экономических, правовых или культурных регуляторов. Необходима деятельная забота о духовно-личностном развитии и нравственном совершенствовании человека» [2].

Одной из главных духовных проблем зависимого человека зачастую является утрата

смысла жизни. Смысл жизни можно рассматривать как важнейший духовный ориентир, на основе которого личность обретает себя, осознавая свои потребности, ценности и принципы, находя гармонию между ними. Тем не менее, В. Франкл, говоря о взаимосвязи между болезнью и утратой смысла жизни отмечает, что «...болезнь никоим образом не приводит к неперемнной утрате смысла, к обеднению бытия смыслом: она открывает возможности для все новых смыслов» [3].

Обретение новых смыслов способно кардинально изменить жизненный путь личности. Родоначальник событийного подхода к анализу жизненного пути С.Л. Рубинштейн выделял два способа жизни: существование и самоосуществление. Жизнь существующей личности определяется объективной логикой, ее траектория задается внешними факторами: деятельностью, отношениями и др.

Самоосуществляющаяся личность, в свою очередь, выступает, как активный деятель, сам задающий траекторию своей жизни. Б.С. Братусь выделяет два типа самоосуществления: нормальное и аномальное. Аномальное самоосуществление понимается, как не направленное на нечто высокое, сугубо индивидуалистическое в противовес нормальному, направленному на обретение личностью родовой человеческой сущности. «Условиями и одновременно критериями этого развития являются: отношение к другому человеку как к самооценности, как к существу, олицетворяющему в себе бесконечные потенции рода «человек» (центральное системообразующее отношение); способность к децентрации, самоотдаче и любви как способу реализации этого отношения; творческий, целетворческий характер жизнедеятельности; потребность в позитивной свободе; способность к свободному волепроявлению; возможность самопроектирования будущего; вера в осуществимость намеченного; внутренняя ответственность перед собой и другими, прошлыми и будущими поколениями; стремление к обретению сквозного общего смысла своей жизни» [4].

Селезнева В.А. отмечает, что жизненный путь становится способом осуществления че-

ловеком себя самого, только если человек активен в построении своего жизненного пути, выступает как субъект жизненного пути. Человека, как субъекта жизненного пути, отличают многомерность и многоплановость внутреннего мира, наличие перспективы, открытые возможности, продуктивное мышление. «Среди качеств, обеспечивающих субъектную регуляцию жизненного пути, можно назвать инициативу, способность к изменениям, внутреннее управление и, наконец, способность к целеполаганию» [5].

Материалы и методы: целеполагание – важный аспект выздоровления. Обретение новых целей (возвращение старых) на определенном этапе реабилитации может послужить главным мотиватором выздоровления.

«Тетрадь целей», была разработана клиническим психологом МРОО «Пробуждение» А.А. Котович, и представляет из себя методику, направленную, с одной стороны, на осознание зависимыми своей личности и, с другой — на развитие мотивации на выздоровление через целеполагание [6]. «Тетрадь целей» можно рассматривать как компиляцию отдельных наработок ведущих школ третьей волны когнитивно-поведенческой психотерапии (диалектикой поведенческой терапии Марши М. Линехан [7], Терапии принятия и ответственности Стивена С. Хейса [8], схемной терапии Джеффри Янга [9]).

В рамках работы с зависимыми составители методики отмечают, что на первом этапе выздоровления реабилитант испытывает явные затруднения с описанием своей личности, включающей в себя такие составляющие, как темперамент, характер, ценности, систему взаимоотношений с близкими и миром. При этом отмечается низкий уровень мотивации на выздоровление – зачастую «трезвая жизнь» представляется выздоравливающему, как «безрадостная» и лишённая смысла. При этом в рамках методики «Тетрадь целей» трезвость рассматривается как инструмент (необходимое условие) для достижения важных жизненных целей, а не как сама цель.

«Тетрадь целей» представляет из себя набор из десяти заданий, на выполнение которых отводится 10 недель. Задания выпол-

няются непосредственно в тетради и могут проверяться специалистом как в рамках индивидуальной работы, так и в формате группы. Последнему формату отдается предпочтение.

Задание №1: Зависимому предлагается исследовать свою личность сконцентрировавшись на двух ее аспектах – чертах характера и системе отношений. В рамках задания необходимо сначала выбрать из предложенных черт характера те, которые помогают подопечному, затем те, которые мешают и занести в соответствующие колонки таблицы. Во время приема задания, в некоторых случаях имеет смысл проверить, как зависимый понимает те или иные черты, не путается ли он в их определении. Также стоит уделить внимание тому, как он оценивает те или иные черты в контексте их полезности / неполезности. В рамках исследования системы отношений предлагается двумя цветами в виде точек расположить на орбитах имена значимых для реабилитанта людей, в зависимости от их близости. На ближайших орбитах – самые близкие люди (например супруги, дети, родители, близкие друзья и т.д.), далее – приятели/коллеги, дальние родственники, соседи, знакомые и т.д. по убыванию значимости. Затем необходимо внести имена в таблицу разделив их по принципу полезности / неполезности общения. Например, друг детства может быть помещен на близкую орбиту, но при этом он, являясь соупотребителем, оказывается в колонке «дисфункциональные отношения».

Задание №2: Зависимому предлагается оценить, насколько важны для него каждая из 16-ти сфер жизни (семья, друзья, здоровье, комфорт, отдых, творчество, духовность, образование, карьера, общество, безопасность, работа, сбережения, доходы, путешествия, отношения) по шкале от 1 до 10. Чем ценнее сфера, тем выше значение. Затем предлагается занести сферы в таблицу в порядке приоритета (в верхней части таблицы будут расположены наиболее важные). Необходимо также отметить, как эта сфера реализуется в жизни. В этом же задании подопечному предлагается составить на отдельном листе краткое резюме, в котором будут отражены осо-

бенности характера, приобретенные знания и профессии, опыт. Это не резюме для устройства на работу – это некая характеристика себя.

Задание №3: «Мои мечты». Реабилитанту предлагается зафиксировать в таблицах свои мечты, какими бы нереальными и недостижимыми они на сегодняшний день не казались. Важно, чтобы в процессе работы зависимый осознал свои возможности и сам оценил вероятность реализации той или иной мечты.

Задание №4: Задание позволяет «перевести» мечту в цель (имеются в виду «дальние цели», на достижение которых может уйти от года и более). Необходимо проверить выбранные цели на достижимость используя метод SMART (подход к постановке целей, который помогает выбрать формулировку желаемого результата, задает направление, помогает в организации и достижении целей).

Задание №5: Достижению «дальних» целей способствуют цели «среднесрочные» (сопоставители методики таковыми называют цели, срок достижения которых ограничивается годом). Для помощи в выполнении задания используется инструмент «Колесо жизненного баланса» из задания №2. Необходимо определить цели/задачи в рамках каждой из сфер и решить для себя – какие цели/задачи будут достигаться в первую очередь, какие во-вторую и т.д. Зависимому предлагается отметить их точками на «колесе» и вписать в таблицы.

Задание №6: Повторение второй части первого задания, в котором предлагалось «расположить» на орбитах имена людей, с которыми в течение жизни сложились важные отношения. Без оглядки на идентичное задание стоит снова выполнить эту работу. В процессе проверки необходимо ответить на вопрос – появились ли в системе отношений новые люди, изменялось ли отношение к кому-то из близких? Как зависимый к этим изменениям относится?

Задание №7: Подведение промежуточного итога работы с «Тетрадью целей». Заметил ли реабилитант изменения своей личности? В чем заключаются эти изменения? Какие,

например, полезные черты характера удалось взрастить за эти месяцы?

Задание №8: Написание резюме для устройства на работу.

Задание №9: Подведение итога работы с «Тетрадью целей». Выполнено ли уже что-то из запланированного? С какими трудностями пришлось столкнуться? Чем можно гордиться?

Задание №10: «Стрелка планирования». Пошаговая инструкция/схема организации и планирования достижения сколь угодно крупной цели или проекта. Алгоритм следует сначала обсудить со специалистом, затем, пользуясь схемой, занести в «тетрадь», в соответствии с предложенной методикой.

Литература:

1. Игумен Иона (Займовский), Кузьмин Р. Ю. Христианская аддиктология как новая область исследования / Иона (Займовский) Игумен, Р.Ю. Кузьмин. *Вестник христианской психологии. Ежегодный научный журнал*. – Москва: Научно-практический институт психологии личности. 2023; 1: 301.
2. Христианская психология в контексте научного мировоззрения: коллективная монография / Под ред. проф. Братуся Б.С. 2-е изд. Москва: Ника, 2019. 301 с.
3. Франкл В.О смысле жизни. Альпина, 2022. 164 с.
4. Братусь Б.С. Аномалии личности. Москва: Мысль, 1988. 301 с.
5. Селезнева Е.В. Целеполагание и жизненный путь: акмеологические стратегии. *Акмеология*. 2009; 3. URL: [https://cyberleninka.ru/article/n/tselepolaganie-i-](https://cyberleninka.ru/article/n/tselepolaganie-i-zhiznennyu-put-akmeologicheskie-strategii)

Результаты:

Методика «Тетрадь целей» была включена в программу реабилитации «Пробуждение» в мае 2022 года. По состоянию на 1 января 2025 года, её использовали 87 человек. Из них 66 находятся в состоянии ремиссии, что составляет 76% от общего числа. Таким образом, реабилитация лиц, допускающих немедицинское потребление наркотических и спиртосодержащих средств, представляющая собой длительный и трудоемкий процесс, предполагает дальнейшее совершенствование представленной методики, адаптирование к особенностям реабилитационных процессов, медицинским и социальным возможностям современного социума.

6. Котович А.А. Формирование системы жизненных целей в рамках реабилитации людей с зависимым поведением. *Социальная работа с осужденными, освободившимися из мест лишения свободы и бездомными* / под ред. М.В. Середы и О.Е. Бредниковой. Санкт-Петербург: СПб ГБУ ГИМЦ «Семья», 2022. 204 с.
7. Линехан М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. Москва; Санкт-Петербург: Диалектика, 2020.
8. Хейс С.С., Штроталь К.Д., Уилсон К.Г. *Терапия принятия и ответственности. Процессы и практика осознанных изменений*. Москва: Вильямс, 2021.
9. Янг Д., Клоско Д., Вайсхаар М. *Схема-терапия. Практическое руководство*. Москва: Диалектика, 2020. 464 с.

THE "NOTEBOOK OF GOALS" METHOD AS ONE OF THE COMPONENTS OF THE «PROBUZHDENIYE» REHABILITATION PROGRAM

A.N. Apanasenko Murmansk regional public organization for assistance to drug and alcohol addicts, homeless people who have found themselves in a difficult life situation «Probuzhdeniye», Murmansk, Russia

Abstract:

Formation of new life goals and acquisition of new meanings is a key aspect of social rehabilitation and resocialization of people suffering from addiction to psychoactive substances, as well as homeless people who find themselves in a difficult life situation. Awareness of one's own goals becomes a decisive step towards the formation of new life principles, personal guidelines and value systems that will help change life for the better. The article examines the experience of using the "Notebook of Goals" method in the rehabilitation program of the MROO «Probuzhdeniye».

Keywords: social rehabilitation, life path, goal setting

Для цитирования:

Апанасенко А.Н. Методика «Тетрадь целей» как один из компонентов реабилитационной программы «Пробуждение». *Медицинская и психосоциальная реабилитация*. 2025; 1: 7-10.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

А.М. Сульдин

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Тюмень, Россия

MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF ORPHANED CHILDREN AND CHILDREN LEFT WITHOUT PARENTAL CARE IN A CHILDREN'S SPECIALIZED SOCIAL SERVICE INSTITUTION

A.M. Suldin

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russian

В статье приводятся сведения о вариантах оказания внебольничной медико-социальной и психиатрической помощи наиболее социальной уязвимым контингентам населения – детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей.

Ключевые слова: медико-социальная реабилитация детей-сирот, реабилитация детей, оставшихся без попечения родителей, детское специализированное учреждение социального обслуживания

Многолетние исследования ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского позволили разработать основные направления по охране и укреплению психического здоровья населения нашей страны. Учитывая опыт развития внебольничной психиатрической помощи и значительную роль, отводимую службам социальной защиты населения в пост(меж)-госпитальный период и особенно в реализации реабилитационных программ, нами был проведен анализ ситуации по проблемам развития сетей социальной поддержки психически больных в Российской Федерации (Дмитриева Т.Б., 2003). Особую актуальность медико-социальное обслуживание граждан с расстройствами психического здоровья приобретает в специфических условиях Севера Сибири [1, 2].

Наличие больших групп пришлого населения является характерным явлением для северных территорий. На здоровье мигрантов оказывают влияние многочисленные отрицательные факторы, приводящие к появлению психодезадаптационных состояний и в последующем – к нарушению психического здоровья населения этого региона. Рост и становление северных городов сопровождаются опережающим увеличением числа лиц с психическими расстройствами. Так, в Сургуте при трех-пятикратном увеличении населения в 1975-1994 гг. количество больных возросло

в 30 раз. При этом количество взрослого населения возросло в 2,8 раза, в то же время число больных этой возрастной группы увеличилось в 20,5 раза. Темпы роста психической патологии в 6,8 раза превышали темпы роста собственно детского населения [2]. Вопросам охраны здоровья детского населения традиционно уделяется пристальное внимание. Вместе с тем, как отмечает Е.Н. Богданова [3], анализ правоприменительной практики в сфере охраны здоровья детей, нуждающихся в особой государственной защите, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей позволяет сделать вывод о том, что вопросы охраны здоровья остаются без должного внимания, «данная категория детей остается самой уязвимой среди детского населения, в отношении которых ежегодно выявляется множество грубых нарушений их права на охрану здоровья и медицинскую помощь».

Цель: рассмотреть существующие популяционные социально-психологические и медико-социальные параметры нуждаемости детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в соответствующих видах помощи и предложить адекватную организацию медико-социальной и психологопсихотерапевтической помощи.

Материалы и методы

Объект исследования – Сургутское административно-территориальное образование на федеральном, окружном и муниципальном

уровнях оказания медико-социальной и социально-психологической помощи населению;

Методы исследования: клиникоэпидемиологический, клинико-статистический, демографический.

Материалы исследования: материалы на пациентов учреждений социального обслуживания, по специально разработанной «Карте комплексной социально-гигиенической характеристики лиц, нуждающихся в социально-психологической и социальномедицинской помощи», годовые статистические отчеты учреждений социального обслуживания, информационные материалы по показателям деятельности учреждений здравоохранения Российской Федерации, Тюменской области, Ханты-Мансийского автономного округа, г. Сургута. Соматическое и психическое состояние оценивалось на основании клинического диагноза из истории болезни и амбулаторной карты пациентов учреждения социального обслуживания «Детский дом «На Калинке».

При проведении анализа распространённости психических расстройств использовалась международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

Результаты

Решение вопросов предоставления места проживания, пропитания, получения образования, адекватной медицинской помощи и многих других проблем детям г. Сургута, оставшимся без попечения родителей, возложено на муниципальное учреждение социального обслуживания «Детский дом «На Калинке». Отделение реабилитации № 3 представлен детскими группами по типу «семья», состоящими из 8-10 детей различных возрастов, объединенных общим семейным бытом, досугом, организацией учебной деятельности. Всего в социальном отделении № 3 постоянно проживает 56 детей.

Эти дети и подростки объединены одной проблемой – отсутствием родителей. Мать отсутствовала в 7,1% случаев по причине отказа от своих детей, в 41,1% мать лишили родительских прав, в 30,4% случаев мать умерла, в 7,1% мать находится в психиатрическом учреждении, в 12,5% местонахождение матери неизвестно и в 1,8% случаев мать находится в местах лишения свободы. Отец отсутствовал по причине нахождения в психиатрическом учреждении в 10,7% случаев, в 14,3%

отца лишили родительских прав. Родились без отца – 30,3%. У 28,6% детей отец умер, неизвестно место нахождения отца у 10,7% детей и у 5,4% детей отец находится в местах лишения свободы.

От мальчиков матери отказывались в 4 раза чаще, чем от девочек. Если от мальчиков матери отказывались в 12,0% случаев, то от девочек матери отказывались в 3,2% случаев. Неизвестно место нахождения матери у 24,0% мальчиков и у 3,2% девочек. Неизвестно место нахождения отца у 16,0% мальчиков и у 6,4% девочек. Но у девочек гораздо чаще встречаются случаи смерти отца и матери по сравнению с мальчиками (29,0 и 35,5% по сравнению с 24,0 и 28,0% соответственно). Чаще родителей девочек лишали родительских прав (отца в 16,1% и мать в 45,1%, по сравнению с родителями мальчиков, у которых отца лишали родительских прав в 12,0% случаев и мать в 32,0% случаев). Кризисная ситуация в социальной, экономической, демографической, экологической и других сферах нашей жизни оказывает непосредственное влияние на здоровье детей. Выявлено, что исходный уровень организации (дезорганизации) санологического статуса во время рождения задает соответствующий уровень организации (дезорганизации) санологического статуса детей и подростков в динамике вплоть до достижения 18-летнего возраста [4, 5].

Сведения о заболеваемости 56 обследованных воспитанников детского учреждения представлены в таблице 1.

Как следует из таблицы 1, уровни психических расстройств среди детей и подростков учреждения превышают показатели класса психических расстройств среди городских детей и подростков (303,0 случаев против 29,5 случаев и 303,3 случаев против 51,7 случаев соответственно). Критерий достоверности Стьюдента t подтверждает различия в показателях ($p > 99,9\%$).

Класс психических расстройств представлен в 64,8% случаев расстройствами психологического развития (F80–F89), в 17,6% – эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения, начинающимися обычно в детском и подростковом возрастах (F90–F98), в 17,6% – невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F40–F48).

Таблица 1

Уровни общей заболеваемости подопечных МУСО «Детский дом «На Калинин»

Классы болезней	Возрастные группы		Всего (n=56)		На 1 000 детей данного типа учреждения
	0-14 лет (n=33)	15-18 лет (n=23)	n	%	
I. Инфекционные и паразитарные заболевания	–	2	2	1,5	35,7
II. Новообразования	2	–	2	1,5	35,7
IV. Болезни эндокринной системы	7	3	10	7,6	178,6
V. Психические расстройства	10	7	17	12,9	303,6
VII. Болезни глаз и придаточного аппарата	11	7	18	13,7	321,4
VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка	1	2	3	2,3	53,6
IX. Болезни органов кровообращения	14	8	22	16,7	392,8
X. Болезни органов дыхания	2	5	7	5,3	125,0
XIII. Болезни костно-мышечной системы	16	12	28	21,3	500,0
XIV. Болезни мочеполовой системы	11	5	16	12,2	285,7
XVII. Врожденные аномалии развития, деформации и хромосомные аномалии	5	1	6	4,6	107,1
Итого:	n	79	52	131	–
	%	60,3	39,7	–	100,0
На 1000 детей данного типа учреждения	2393,9	2260,8	–	–	2339,3

Показатели болезненности подопечных детского учреждения (таблица 1) составляют 2 393,9 на 1000 детей и 2260,8 на 1000 подростков (всего 2339,3 на 1000 чел.), что несколько ниже соответствующих показателей городского детского (2735,9 на 1000 детей) и подросткового (2356,2 на 1000 подростков) контингентов.

Высокие показатели психических расстройств и расстройств поведения, с одной стороны, свидетельствуют о хорошей диагностической работе специалистов Сургутского клинического психоневрологического диспансера; с другой - о высокой потребности детского контингента в специализированной психиатрической помощи и принятии неотложных мер по созданию в учреждении детско-подростковой психотерапевтической службы с введением в штатное расписание учреждения ставки врача-психиатра.

Ниже приводится 2 клинических примера, иллюстрирующих состояние психического и соматического здоровья детей, находящихся на медико-социальном обслуживании в детском социальном учреждении.

Наблюдение 1. Воспитанник М.С.Н.

Анамнез: Мать от ребенка отказалась в роддоме, отец в свидетельство о рождении не вписан. Мать – русская, уроженка Челябинской области, Ребенок от 3-й беременности,

родился недоношенным, с оценкой по шкале Апгар 4-5 баллов, массой 2 кг. При рождении был выставлен диагноз «Пневмопатия, конъюнкционная желтуха, кардиопатия, анемия средней степени тяжести», находился на лечении в МСЧ «Сургутнефтегаз» г. Сургута. В 6-месячном возрасте перенес сегментарную пневмонию справа. В 7-месячном возрасте был оформлен в Окружной Дом ребенка г. Урая. Раннее психомоторное развитие с задержкой, сидеть начал с 8 месяцев, ходить с 1 года 6 месяцев, первые слова появились с 1 года 9 месяцев. Наблюдался невропатологом с диагнозом «Постгипоксическая энцефалопатия, синдром мышечной нервно-рефлекторной возбудимости». Из перенесенных заболеваний: водянка яичек, паховая грыжа, энурез до 7 лет, хронический гепатит с гиперспленизмом, многократные ОРВИ с обструктивным компонентом, гнойный конъюнктивит, сальмонеллез, пиодермия, ветряная оспа, дисбактериоз кишечника. В поведении был общительным, спокойным мальчиком.

Осмотрен психиатром, выставлен диагноз «Органическое поражение головного мозга, микроцефалия, гипертензионный синдром, дизартрия», регулярно получает курсы профилактического лечения. Постоянно наблюдались грубые нарушения поведения, выражающиеся в нарушениях аффективно-

волевой сферы, проявляющиеся крайней возбудимостью, конфликтностью, доходящей до агрессивных поступков, раздражительностью, вспыльчивостью. В школу пошел вовремя, был представлен на ПМПК, рекомендовано обучение в классе выравнивания до 9-го класса. В связи с грубыми нарушениями поведения госпитализирован в детско-подростковое психоневрологическое отделение Сургутского психоневрологического диспансера. Прошел курс лечения, получал нейролептики, ноотропы, дегидратацию, физиолечение, выставлен диагноз «Легкая умственная отсталость, обусловленная перинатальной патологией, психопатоподобное поведение по возбудимому типу». Амбулаторно получал курсы профилактического лечения.

Из характеристики, представленной МУ-СО «Детский дом «Семья»: «Конфликтует с преподавателями, нарушает дисциплину, дерется с детьми. В школе прячет учебники и дневник, часто прогуливает, успеваемость низкая. На замечания реагирует агрессивно. В последнее время все чаще находится в состоянии повышенной агрессии, негативизма. Проявляется это в отказе от выполнения своих обязанностей, нежелании общаться со специалистами, ругани нецензурной бранью».

Из характеристики, представленной МУ-СО «Детский дом «Семья»: «Поведение бесцеремонное и расторможенное. Не умеет сосредотачиваться. Особых умений и желания изменить поведение нет. Постоянно скачет, суетится, громко смеется, работу выполнить даже самую элементарную не может от начала до конца (подмести пол, склеить игрушку, убрать снег, выполнить задание по русскому языку и т. д.) Обычно начинает, бросает, берется за другую работу и т.д. Очень часто бывает раздражительный, злой. Агрессия возникает легко, по любому поводу или без него на фоне плохого настроения. Конфликтует со сверстниками. Несмотря на проводимое лечение в присутствии воспитателей двух смен без видимой причины начал кричать, кидаться на другого воспитанника. Воспитатели пытались разрешить конфликтную ситуацию, призывая детей к примирению. Несмотря на призывы успокоиться, кричал нецензурные слова в адрес взрослых, ударил головой воспитателя, вырвался, разбил дверь, а когда другая воспитатель попыталась его успоко-

ить, нанес ей удар в область живота. Были вызваны медики и дальнейшее разрешение конфликта проходило в их присутствии. В школе также не адаптирован: отказывается выполнять классные работы, нарушает дисциплину, оскорбляет учителей, ведет себя агрессивно, вызывая, не умеет строить отношения со сверстниками и взрослыми. Отказывается участвовать в трудовых мероприятиях. Старается уклониться от любого поручения, тянет время, прячется. Постоянно находится в состоянии аффекта, угрожает «выброситься в окно, убить воспитателей».

Ремиссия кратковременная. Поступал вновь, в связи с нарушениями поведения, неуспеваемостью школьной программы, уточнением диагноза и дальнейших рекомендаций.

Из школьной характеристики: эмоционально нестабилен, неуравновешенный, легко возбудимый с неустойчивой психикой. Часто бывает в состоянии аффекта. Наблюдаются перепады настроения: вялость и апатия могут переходить в агрессию, истерику. Поведение постоянно бесцеремонное и расторможенное, неадекватное: приступы истерик, частые капризы, слезы, не реагирует на замечания старших, упрям, бывает жесток. Очень часто бывает раздражительным, злым. Вспышки агрессии возникают легко по любому поводу или без него на фоне плохого настроения. Недисциплинирован. Может без особых причин отказаться идти в школу, уклоняется от выполнения домашних заданий, в беспорядке содержит личные вещи, не соблюдает чистоту. Под страхом наказания может подчиняться установленным правилам. Внимание неустойчивое, рассеянное, непродолжительное. Процессы запоминания слабые. Испытывает трудности с восприятием материала. Отмечается низкий уровень речевого развития. Наибольшие трудности возникают при выполнении заданий, требующих логики, развитой речи, воображения и творчества. Плохо развита произвольность интеллектуальной деятельности. С трудом удерживает и выполняет условия учебных задач, невнимателен. Со слов учителя, часто вообще отказывается работать на уроках, постоянно нарушает дисциплину, срывает проведение уроков. Интерес к приобретению знаний отсутствует. Заинтересованности каким-либо предметом нет. Читает плохо, с неохотой, только по требова-

нию. Уклоняется от различных видов общественно-полезной, трудовой деятельности; проявляет недобросовестность, безответственность. Выполнить даже самую элементарную работу от начала до конца не может: склеить игрушку, написать упражнение. Если и сделает ту или иную работу, то быстро наступает переутомление. Становится возбужденным, неуправляемым, на замечания не реагирует, переключить на другой вид деятельности очень трудно. Безразличен к общественным делам. Избегает ситуации, в которых надо помочь другим, в художественной деятельности участвует по настроению. Постоянно напеваает песни с ненормативной лексикой. Уклоняется от спортивной деятельности. В выборе друзей избирателен, их круг ограничен. Со сверстниками отношения неровные, иногда является инициатором конфликтов, проявляет агрессию. В коллективных играх не участвует. В отношениях с взрослыми ведет себя настороженно, часто бывает в плохом настроении. Негативно относится к замечаниям, грубит, демонстрирует, что ему предъявляют несправедливые требования, незаслуженно наказывают. В ответ отказывается выполнять требования, просьбы, даже весьма доброжелательные. Неадекватно реагирует на замечания, считает себя невинно пострадавшим. Заинтересовать какой-то деятельностью его сложно, мотивирует отказ тем, что ему это неинтересно. Из вредных привычек отмечается курение. Предъявляет жалобы на головные боли, в основном при перемене погоды, утомляемость, сонливость».

Госпитализирован по ходатайству детского социального учреждения в ДППНО СКПНД. После выписки кратковременная ремиссия, вновь госпитализирован в ДППНО СКПНД.

Из характеристики, представленной МУСО «Детский дом «Семья»: «Учится в 6 классе. Программу усваивает удовлетворительно. Школу посещает по настроению, неусидчив, раздражителен, часто уходит с уроков, конфликтует с учителями. В интернате сквернословит, грубит, курит. На замечания реагирует бурно, с нецензурной бранью. В порыве гнева начинает громко кричать, бросает все, что попадает под руки. Неустойчив, легко раздражается. Склонен к бродяжничеству. Часто убегает из детского дома».

При поступлении в детско-подростковое отделение СКПНД:

Психический статус: Сознание не помрачено. Ориентирован во всех сферах психической деятельности. Продуктивному контакту доступен. На вопросы отвечает по существу, в плане беседы. Пытается отрицать факты своего поведения, скрывает неблагоприятные поступки, обвиняет окружающих, соглашается с некоторыми формулировками его поведения в характеристике, держится ровно, спокойно. Критика к поведению отсутствует. Пытается в конфликтах обвинить окружающих: «сами лезут, сами виноваты». В беседе не проявляет интереса. Мышление в замедленном темпе, конкретное. Суждения инфантильные. Процессы обобщения снижены. Смысл пословиц и поговорок не понимает. Словарный запас беден. Кругозор узкий. Зрительное восприятие не нарушено. Собрал все кубики Коса. Внимание истощаемо. Объем памяти сниженный. Активной психопродуктивной симптоматики не обнаруживает. Запас общих знаний беден. Настроение ровное. Эмоционально устойчив, адекватен, не выразителен.

Соматический статус: среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожный покров и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены.

Неврологический статус: рассеянная ретикулярно-органическая микросимптоматика.

Обследование: ОАК, ОАМ – норма, RW – отр.

R-грамма черепа: акромегалическая форма черепа, неглубокие пальцевые вдавления лобной кости, турецкое седло без особенностей.

Глазное дно: ангиопатия сосудов сетчатки.

В отделении: в первые дни пребывания наблюдалось подавленное настроение, пребыванием в отделении тяготился, без нарушений поведения. В дальнейшем пребыванием в отделении особо не тяготился. Жалоб на самочувствие не предъявлял. Был в меру активным, общительным, с ровным настроением. Находился в лечебных отпусках без нарушений поведения.

Диагноз: лёгкая умственная отсталость, обусловленная неуточнёнными причинами. Психопатоподобное поведение по возбудимому типу (F70).

Лечение: циклодол, amitриптилин, кавинтон, галоперидол.

Рекомендовано: наблюдение психиатра, профилактическое лечение 2—3 раза в год.

Описанный случай демонстрирует ребенка, воспитанника детского социального учреждения, нуждающегося в наблюдении врача-психиатра.

Наблюдение 2. Воспитанник В.С.С.

Анамнез: Ранний и акушерский анамнезы не известны. Переводом из окружного дома ребенка г. Урай. Перед поступлением в школу на заседании психолого-медико-педагогической комиссии вынесено заключение: расстройство психического развития. ОНР третьего уровня на фоне дизартрии. Рекомендовано обучение в классе выравнивания до 4-го класса с последующим представлением материалов на ПМПК. С программой 1-го класса не справился, в связи с чем был повторно представлен на ПМПК, установлен диагноз легкой умственной отсталости, рекомендовано обучение по программе вспомогательной школы. Состоит на «Д» учете с диагнозом «Умственная отсталость легкая, обусловленная неуточненными причинами, психопатоподобное поведение по неустойчивому типу. Энурез».

В связи с грубыми нарушениями поведения трижды госпитализирован в ДППНО СКПНД. Из школьной характеристики: «В последнее время наблюдаются вспышки агрессии, реакция, активного протеста. Неадекватно реагирует на замечания со стороны взрослых. В речи использует ненормативную лексику. В школе на уроки часто опаздывает, на замечания учителя реагирует бурно, если не понравится, как написал, то разорвет тетрадь. Конфликтует с детьми. Адистантен, неуравновешен, груб с взрослыми, задирист. Совершенно не выполняет необходимые требования, не реагирует на замечания, нарушает режим. На уроках не высиживает, срывает уроки, пропускает занятия. Критики к поведению не имеет».

Обучается в 6-м классе коррекционной школы. Программу в основном усваивает. Энуреза не наблюдается в течение 3 лет. По-

лучал амбулаторное лечение, на фоне которого возник нейрорепитический синдром. Был госпитализирован в ДППНО СКПНД.

Психический статус при поступлении: сознание не помрачено. Ориентирован во всех сферах психической деятельности. Продуктивному контакту доступен. В беседе не заинтересован. Внимание истощаемое, отвлекаемо. Мышление в замедленном темпе, конкретное. Суждения примитивные. Процессы обобщения низкие. Смысл пословиц не понимает, объясняет буквально. Словарный запас беден. Запас школьных знаний низкий. Кругозор ограничен бытовыми представлениями. Настроение в основном ровное. Эмоционально неуравновешен. Интеллект низкий, не соответствует возрасту. Критики к поведению нет. Отрицает факты своего поведения, обвиняет воспитателей. На лечение не настроен.

Соматический статус: среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены.

Неврологический статус: рассеянная резидуально-органическая микросимптоматика. При поступлении маскообразность лица, редкое мигание. Язык высунут, напряжены жевательные мышцы, глаза отведены в сторону. Мышечный тонус конечностей повышен. Походка шаркающая.

Обследование: ОАК, ОАМ – норма.

В отделении: первые недели пребывания имел замечания по поведению, нарушал режим. Реагировал на требования бурно, «огрызнулся». На фоне лечения выровнялось настроение, упорядочилось поведение. Находился в лечебных отпусках без нарушений поведения.

Диагноз: лёгкая умственная отсталость, обусловленная неуточненными причинами. Психопатоподобное поведение по неустойчиво-возбудимому типу (F70). Лечение: аминазин, соннапакс, циклодол. Рекомендовано: наблюдение врача-психиатра, профилактическое лечение 2 раза в год.

Как и в первом наблюдении, описанный клинический случай демонстрирует ребенка, воспитанника детского социального учреждения, нуждающегося в динамическом наблюдении врача-психиатра.

Организация квалифицированной психологической помощи является своевременной и необходимой, но не достаточной. По результатам проведенного исследования и внесенных предложений о совершенствовании психолого-психотерапевтической помощи, в штат учреждения была введена ставка врача-психотерапевта с целью динамического наблюдения за подопечными с расстройствами поведения и контролем качества их реабилитации.

Заключение

В социальном отделении № 3 учреждения социального обслуживания «Детский дом «На Калинке» постоянно проживает 56 детей, в том числе 25 мальчиков и 31 девочка. Эти дети и подростки объединены общей проблемой – отсутствием родителей. От мальчиков матери отказывались в 4 раза чаще, чем от девочек. Если от мальчиков матери отказывались в 12,0% случаев, то от девочек матери отказывались в 3,2% случаев. Неизвестно место нахождения матери у 24,0% мальчиков и у 3,2% девочек. Неизвестно место нахождения отца у 16,0% мальчиков и у 6,4% девочек. Но у девочек гораздо чаще встречаются случаи смерти отца и матери по сравнению с

мальчиками (29,0 и 35,5% по сравнению с 24,0 и 28,0% соответственно). Чаще родителей девочек лишали родительских прав (отца в 16,1% и мать в 45,1%, по сравнению с родителями мальчиков, у которых отца лишали родительских прав в 12,0% случаев и мать в 32,0% случаев). Анализ общей заболеваемости детей, позволил выявить, что класс психических расстройств представлен в 64,8% случаев расстройствами психологического развития (F80–F89), в 17,6% – эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения, начинающимися обычно в детском и подростковом возрастах (F90–F98), в 17,6% – невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F40–F48).

В целях совершенствования деятельности специализированного учреждения социального обслуживания детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в рамках проводимого исследования в штатное расписание учреждения введены должности врача-психиатра, узких специалистов, внедрены новые лечебно-реабилитационные программы, соответственно полученным результатам изучения психосоматического здоровья подопечных этих учреждений.

Литература:

1. Тарасова О.В., Муратова А.П., Дегтева Г.Н. Заболеваемость как критерий здоровья детей, проживающих в условиях Крайнего Севера на территории Ненецкого автономного округа. *Академический журнал Западной Сибири*. 2011; 2: 43-46.
2. Балашов П.П. и др. Демографические процессы и психическое здоровье жителей г. Сургута. Сургут-Томск, 1998. 128 с.
3. Богданова Е.Н. Охрана здоровья детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в России.

Электронный научный журнал “Системная интеграция в здравоохранении”. 2024; 2 (63): 5-14.

4. Сергеева О. Н. Динамика нервно-психического развития детей первых трех лет жизни, перенесших гипоксическое поражение центральной нервной системы в перинатальном периоде: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 1998. 23 с.
5. Симонов С.Н. Системная модель санологического статуса детей и подростков. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 1998; 5: 27-30.

MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF ORPHANED CHILDREN AND CHILDREN LEFT WITHOUT PARENTAL CARE IN A CHILDREN'S SPECIALIZED SOCIAL SERVICE INSTITUTION

A.M. Suldin

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russian

Abstract:

The article provides information on the options for providing community-based medical, social and psychiatric care to the most socially vulnerable groups of the population – orphans and children left without parental care.

Keywords: medical and social rehabilitation of orphaned children, rehabilitation of children left without parental care, children's specialized social service institution

Для цитирования:

Сульдин А.М. Медико-социальная реабилитация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в условиях детского специализированного учреждения социального обслуживания. *Медицинская и психосоциальная реабилитация*. 2025; 1: 11-17.

ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ПЕРСОНАЛА В СФЕРЕ ПОМОЩИ БЕЗДОМНЫМ

Н.М. Кобзева

АНО «Центр развития социальных проектов Тюменской области «Милосердие», г. Тюмень, Россия

E-mail: zamrimessa@mail.ru

PREVENTION OF EMOTIONAL BURNOUT OF STAFF IN THE FIELD OF ASSISTANCE TO THE HOMELESS

N.M. Kobzeva

Development center for social projects of Tumen region «Mercy», Tyumen, Russia

В статье рассматривается профессионализм как интегральная характеристика человека – профессионала, необходимые условия профессионального развития, эмоциональное выгорание как проявление профессионального кризиса специалистов в сфере помощи бездомным. Приводится краткий обзор специфики состояния бездомности. Описывается разработанная и реализованная программа профилактики и преодоления эмоционального выгорания в сфере помощи бездомным (Школа профессионального развития).

Ключевые слова: бездомность, эмоциональное выгорание, профессиональное развитие, личностное развитие, профессионализм, профессиональные кризисы, школа профессионального развития, самоосознание, эффективность

Милосердие – это выбор. Более того, это добровольный выбор человека. Можно оказывать помощь по необходимости, по принуждению, по корыстным мотивам и ряду других причин, но быть милосердным возможно только в результате добровольного выбора человека. Потому что милосердие – это не «ЧТО?», а «КАК?». Как абстрагироваться от стереотипного образа бездомного – грязного попрошайки-алкоголика, питающегося на помойках, спящего на земле и не желающего работать и увидеть в нем человека? Как оказать помощь без брезгливости, обвинения и унижения?

Бездомность – явление, присущее человечеству на всем протяжении его существования. Но особенно широко оно распространяется в периоды социальных потрясений и стихийных бедствий.

Оказание специализированной помощи бездомным и бродягам имеет в России многолетнюю историю. В дореволюционной Москве на 1,5 млн жителей приходилось 150 богаделен, 50 домов для престарелых, 26 многоквартирных дешевых (социальных) домов, несколько десятков ночлежек.

Социальная работа с бездомными является одним из важных направлений социального служения Русской Православной Церкви.

Социальная помощь оказывается силами приходов, а отделы координируют их деятельность и оказывают информационную поддержку.

Возникает вопрос: какие они «бездомные» и почему так важно заботиться о психологическом здоровье людей, помогающим бездомным?

В контексте разработки и реализации программы медико-социальной помощи бездомным необходимо знать, что состояние бездомности характеризуется перманентным отсутствием чувства безопасности, ограниченностью всех видов ресурсов, регрессом всех способностей и компетенций, тяжелым эмоциональным и психологическим состоянием, исключенностью из общественной жизни. Все эти характеристики связаны с ранее неразрешенными проблемами личности, поэтому важным в процессе помощи бездомным понимать характер и степень повреждения личности и опираться, не только на ресурсы, предоставляемые средой, но и на ресурсы личности бездомного [1, 2].

Чем больше стаж бездомности, тем более длительная и кропотливая работа требуется на их медико-социальную и психологическую реабилитацию. Эта работа требует всех видов ресурсов как самого бездомного, так и персо-

нала: физических, психологических, временных, финансовых, административных и пр. [1].

Эмоциональное выгорание, его симптомы и последствия для человека

Эмоциональное выгорание – явление, при котором работник сталкивается с эмоциональным или физическим истощением от своей работы.

В процессе деятельности у профессионала вследствие чрезмерных требований (внешних и внутренних), предъявляемых к его силам и ресурсам, формируется синдром «эмоционального выгорания» – стереотип профессионального поведения, который подразумевает под собой полное или частичное исключение эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия [3].

Проявления синдрома эмоционального выгорания: повышение тревожности, неуверенность в своих силах, ощущение эмоционального дискомфорта, психоэмоциональное напряжение как степень удовлетворенности его потребностей.

Это довольно распространённое явление, типичное для людей «помогающих» профессий: учителей, врачей, социальных работников. Эмоциональное выгорание сопровождается чувством усталости, которое не проходит после отдыха и мешает выполнять свою обычную деятельность. Часто оно сопровождается и физическими проявлениями – изменениями в аппетите, режиме сна, весе. Эмоционально выгоревший человек может сталкиваться с перепадами настроения и сложностями в когнитивной деятельности: ему сложно сфокусироваться на задаче, собраться с мыслями. В этом состоянии человек теряет ощущение осмысленности своей деятельности, постоянно чувствует упадок сил, и в отдельных случаях может совершить самоубийство [4, 5].

В таком состоянии сложно не только выполнять профессиональные обязанности, но и адекватно воспринимать объективную реальность. Поскольку профессиональная деятельность занимает большое место в жизни человека, утрата профессиональных смыслов может повлечь за собой утрату смыслов в других сферах жизни. Поэтому важно вовремя обратить внимание на изменение своего эмоционального состояния и принять ме-

ры по профилактике эмоционального выгорания.

Социально-психологическое сопровождение бездомных требует от персонала большого профессионального и эмоционального ресурса, поскольку все ресурсы бездомного крайне ограничены и результат отсрочен на неопределенное время [1]. Специфика состояния бездомного как объекта трудовой деятельности вызывают у персонала (социальные работники, волонтеры, санитары и др.) эмоциональное напряжение. Эмоциональное напряжение возникает также и у благотворителей, которые, не видя результата, постепенно утрачивают смысл вкладывания сил и средств в, казалось бы, безнадежный проект.

На изменение своего эмоционального состояния необходимо обратить внимание в первую очередь самому сотруднику, который почувствовал усталость от отсутствия обратной связи и результата труда, и обратиться за помощью к тем, кто осуществляет психологическую поддержку и профилактику эмоционального выгорания участников процесса оказания медико-социальных услуг бездомным. Психологическую помощь персоналу необходимо организовать как в регулярном групповом формате, так и в формате личной терапии по запросу.

Чтобы не допустить эмоционального выгорания, нужны совместные усилия всех участников процесса трудовой деятельности.

Профилактика и преодоление эмоционального выгорания

Забота о людях, которые ежедневно оказывают помощь бездомным в той или иной форме (офисные работники так же участники процесса оказания помощи), стала ключевым стимулом разработки и реализации программы «Школы профессионального развития» АНО «ЦРСП ТО «Милосердие» (Тюмень).

Программа «Школы профессионального развития» направлена на профилактику эмоционального выгорания сотрудников, создание ресурсной среды, снижение количества конфликтов в коллективе, повышение эффективности выполнения профессиональных задач.

Цель «Школы профессионального развития» – сформировать навыки, которые сделают профессиональную деятельность максимально эффективной, поведение более гиб-

ким, повысят адаптивные возможности личности, восстановят баланс психодинамических сил.

Задачи «Школы профессионального развития»:

1. Помочь человеку выйти за рамки привычного поведения, расширить спектр восприятия жизни, самоопределиться, найти адекватную форму взаимодействия с миром.

2. Показать инструменты для эффективного проживания кризисных ситуаций и научить ими пользоваться.

Программа школы профессионального развития включает следующие темы:

1. Профессионализм и призвание. Распознавание собственных потребностей и смыслов при выборе профессии или места работы [6, 7].

2. Формулирование целей профессионального развития. Определение стадии профессионального развития. Профессиональные кризисы [6, 8, 9].

3. Специфика работы в сфере помощи бездомным. Особенности повреждения личности бездомных [1].

4. Личность. Мотивационно-смысловая и социально-ролевая сферы личности. Личный выбор: кто и что выбирает [7, 10-13].

5. Самоосознавание себя как личности и в профессии (ресурсы, границы, ограничения) [12, 13, 14].

6. Самоценность как безусловная ценность личности. Организация работы с бездомными в контексте безусловной ценности личности [7, 11, 15, 16].

7. Эффективность. Навыки эффективной жизни [17].

Профессионализм, профессиональное и личностное развитие, профессиональные кризисы

Программа «Школы профессионального развития» строится по двум направлениям работы – профессиональное развитие и личностное развитие.

Для понимания и обоснования этих направлений рассмотрим категории «профессионализм» и «призвание», понимая под призыванием внутреннюю глубинную мотивацию личности, это те смыслы, которые мы придаем нашей жизни, а также нашей работе. Это то, ради чего мы трудимся.

Призвание наполняет нашу деятельность особым содержанием и позволяет чувствовать себя значимым, реализованным. Призвание – это то, чего мы НЕ можем НЕ делать, мимо чего не можем пройти. Призвание – это НЕ профессия. Призвание у человека одно, а профессий в жизни может быть несколько.

Профессионализм – особое свойство людей систематически, эффективно и надёжно выполнять сложную (профессиональную) деятельность в самых разнообразных условиях [6].

При этом профессионализм рассматривается в качестве интегральной характеристики человека-профессионала (как индивида, личности, субъекта деятельности и индивидуальности), проявляющаяся в деятельности и общении [3]. Профессионализм человека – это не только достижение им высоких производственных показателей, но и особенности его профессиональной мотивации, система его устремлений, ценностных ориентаций, смысла труда для самого человека.

Профессионализм складывается из компетентности (знание предмета работы) и ответственности (личностное качество). Профессиональное развитие – это динамический многоуровневый процесс, который занимает значительный период жизненного пути и не сводится к профессиональному обучению. Переход к каждой последующей стадии закладывается на предыдущей и сопровождается возникновением у субъекта ряда противоречий и нормативных кризисов. В качестве личностных ресурсов, позволяющих преодолевать кризисы, могут выступать эмоциональная зрелость, независимость, высокие показатели интеллекта, а также продуктивные стратегии совладания с трудными ситуациями: решение проблемы, принятие ответственности, самоконтроль, поиск социальной поддержки [7, 9, 11].

Профессиональное развитие даёт возможность получить дополнительные знания о себе и объекте деятельности, профессиональные и личностные компетенции, развить свой интеллект, осмыслить профессиональную деятельность.

Профессиональное развитие – это изменения психических функций и свойств человека, которые возникают при взаимодействии с профессией, в процессе профессионального

обучения и профессиональной деятельности. Иными словами, под профессиональным развитием можно понимать развитие человека как субъекта профессиональной деятельности [9, 11].

Формирование субъекта деятельности не завершается до тех пор, пока деятельность осуществляется; это своего рода перманентный процесс, относящийся к любому возрасту человека как делателя. Данные многочисленных исследований показали, что позднее завершение профессиональной деятельности выступает в качестве фактора увеличения продолжительности жизни.

Изменения в структуре субъекта деятельности происходят на личностном уровне и связаны с деятельностью. Происходит перестройка смысловых структур профессионального самосознания, переориентация на новые цели, коррекция социально-профессиональной позиции; изменения в самой деятельности – в занятиях, средствах труда, видах труда, условиях труда. Активность личности проявляется в том, насколько она осознает свои возможности и насколько полно использует их в планировании своей деятельности и в саморазвитии [7, 9, 18].

Таким образом, развитие человека как субъекта профессиональной жизни можно рассматривать как сложный процесс, в котором сочетаются онтогенез (индивидуальное развитие организма от начала до конца) и жизненный путь человека. Профессиональное развитие человека – это развитие в условиях сложной изменяющейся среды, в том числе профессиональной. Процесс профессионального развития характеризуется стадийностью, неравномерностью, гетерохронностью (разновременность становления и развития психических процессов), наличием критических и сенситивных периодов (период в жизни человека, создающий наиболее благоприятные условия для формирования у него определенных психологических свойств), то есть для него характерны те же закономерности, что и для онтогенетического развития.

В процессе профессиональной деятельности происходит переосмысление, изменение личных ценностей, смена приоритетов, истощение ресурсов и пр. Соответственно, изменяются цели и даже направления профессионального развития. Смена направления

может быть, как получение дополнительных компетенций в существующем русле, так и кардинальная смена профессии.

Планирование профессионального развития – это процесс формирования профессиональной самоконцепции и самоопределения с учетом собственных способностей, талантов, мотивов, потребностей, отношений и ценностей [6, 8].

В процессе профессионального развития отмечается соотношение всех аспектов развития человека: физиологического (человек как индивид), профессионального (человек как субъект деятельности), личностного – особенно отчетливо это соотношение проявляется в кризисные периоды.

Процесс профессионального развития порождает субъективные и объективные трудности, межличностные и внутриличностные конфликты. В некоторых случаях он может сопровождаться кризисами профессионального развития и профессиональными деструкциями личности.

Профессиональный кризис – это период, характеризующийся ощущением и осознанием человеком глубокой неудовлетворенности своей профессией и собой как субъектом профессиональной деятельности. При этом специалист может выглядеть вполне успешным и активным [8].

1. Нереализованность – человек не видит или недооценивает свои достижения, в своем прошлом он не усматривает существенных событий.

2. Опустошенность – доминирует переживание, связанное с отсутствием заметно привлекающих его в будущем конкретных целей, и сил для их достижения тоже нет.

3. Бесперспективность – человек затрудняется в построении новых жизненных программ, не видит для себя путей самоопределения.

Одним из проявлений кризисов профессионального развития является синдром эмоционального выгорания.

На профилактику и преодоление эмоционального выгорания направлена работа «Школы профессионального развития».

Заключение

Таким образом, основная цель «Школы профессионального развития» предполагает в первую очередь восстановление личностных

ресурсов через самоосознание себя как личности и в профессии. И только потом получение дополнительных профессиональных компетенций в целях повышения эффективности выполнения профессиональных задач.

Эмоциональное выгорание – это не приговор, а закономерный этап профессиональной жизни личности, который нужно исполь-

зовать как возможность инспекции своих личностных и профессиональных ресурсов и ограничений. Эмоциональное выгорание может стать точкой роста, как личностного, так и профессионального, если взять на себя ответственность за свое личностное и профессиональное развитие.

Литература:

1. Акутина К.И. Бездомность: основные проблемы и пути решения / *Гуманитарные научные исследования*. 2013; 6 [Электронный ресурс]: URL: <http://human.snauka.ru/2013/06/3249>
2. Степанов А.В., Якунин А.А. Клинико-психологические факторы бездомности и подходы к реабилитации бездомных. *Академический журнал Западной Сибири*. 2022; 18 (4): 43-48.
3. Меркулова Н.Н. Синдром эмоционального выгорания и программа его преодоления в сфере «помогающих» профессий. *Вестник Тамбовского государственного университета*. 2011; 12 (104) [Электронный ресурс]: URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sindrom-emotsionalnogo-vygoraniya-i-programma-ego-preodoleniya-v-sfere-pomogayuschih-professiy/viewer>
4. Голенков А.В., Александрова Д.О., Султанов О.В. О самоубийствах медицинских работников среднего звена. *Научный форум. Сибирь*. 2023; 9 (2): 20-23.
5. Филоненко А.В., Голенков А.В., Филоненко В.А., Орлов Ф.В., Деомидов Е.С. самоубийства среди врачей и медицинских работников: обзор литературы. *Суцидология*. 2019; 10 (3): 42-58.
6. Дружилов С.А. Профессионализм человека как психологический синдром. *Электронный научно-практический журнал «Гуманитарные научные исследования»*. [Электронный ресурс]: URL: <https://human.snauka.ru/2014/08/7554?ysclid=m68xpxet31650918707>
7. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990. 368 с
8. Панова Н.В. Причины снижения уровня личностно-профессионального развития на разных этапах жизненного пути. *Ученые записки*. 2010; 1 (59).
9. Петраш М.Д. Становление человека как субъекта деятельности в разные периоды взрослости. *Вестник Санкт-петербургского университета*. 2008; 4 (12).
10. Афаньев Б.Г. Человек как предмет познания. СПб.: Питер, 2001. 288 с.
11. Маслоу А. Мотивация и личность. 3-е изд. СПб.: Питер, 2010. 352 с.
12. Проценко Е.Н. Созависимость как психологическая категория. URL: <http://liferoute.ru/main/15-sozavisimost-kak-psixologicheskaya-kategoriya.html>
13. Ращупкина Ю.В. Зрелая личность: психологические подходы к исследованию. *Северо-Кавказский психологический вестник*. 2013; 11 (3).
14. Клауд Г. Барьеры. Мирт, 2000. 142 с.
15. Леонтьев Д.А. Самореализация и сущностные силы человека. Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии / под ред. Д.А. Леонтьева, В.Г. Щур. М.: Смысл, 1997. С. 156-176.
16. Лоргус А., прот. Православная антропология. Сайт «Азбука веры». URL: <https://azbyka.ru/otechnik/antropologiya-i-asketika/pravoslavnaja-antropologija/>
17. Стивен Р. Кови Семь навыков высокоэффективных людей. Издание на русском языке, перевод, оформление. ООО «Альпина Паблишер», 2023.
18. Панькина Е.В. Взаимосвязь ответственности, самоактуализации и зрелости личности. *Проблемы практической психологии*. 2009. ВАК. [Электронный ресурс]: URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/vzaimosvyaz-otvetstvennosti-samoaktualizatsii-i-zrelosti-lichnosti>

PREVENTION OF EMOTIONAL BURNOUT OF STAFF IN THE FIELD OF ASSISTANCE TO THE HOMELESS

N.M. Kobzeva

Development center for social projects of Tumen region «Mercy», Tyumen, Russia

Abstract:

The article discusses professionalism, as the integral characteristic of a professional person, necessary conditions for professional development, emotional burnout, as the professional crises in the field of assistance to the homeless. Characteristics of homelessness. Program of the School of Professional Development.

Keyword: homelessness, emotional burnout, professional development, professionalism, professional crises, School of Professional Development, self-awareness, effectiveness

Для цитирования:

Кобзева Н.М. Профилактика эмоционального выгорания персонала в сфере помощи бездомным. *Медицинская и психосоциальная реабилитация*. 2025; 1: 18-22.

ФОРМИРОВАНИЕ УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ЛЮДЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В КРИЗИСНОЙ СИТУАЦИИ, ИНТЕГРАЦИЯ В ОБЩЕСТВО ПОСРЕДСТВОМ АФК НА ПРИМЕРЕ ЦП «МИЛОСЕРДИЕ»

Н.А. Штейман

АНО «Центр развития социальных проектов Тюменской области «Милосердие», г. Тюмень, Россия

DEVELOPMENT OF SKILLS, RECOVERY OF MOTOR ACTIVITY, AND SOCIAL INTEGRATION OF PEOPLE IN CRISIS SITUATIONS THROUGH ADAPTED PHYSICAL EDUCATION: CASE STUDY OF THE CHARITY CENTER «MERCY»

N.A. Shteyman

Development center for social projects of Tumen region «Mercy», Tyumen, Russia

В статье рассматривается процесс формирования и восстановления двигательных функций у людей, оказавшихся в кризисных ситуациях, через использование адаптивной физической культуры (АФК). На примере центра поддержки «Милосердие» показано, как занятия АФК способствуют интеграции таких людей в общество, улучшая их физическое состояние и психологический настрой. Результаты исследования подтверждают эффективность данного подхода для социальной адаптации и повышения качества жизни участников программы.

Ключевые слова: Адаптивная физическая культура, кризисная ситуация, социальная интеграция, реабилитация, центр «Милосердие»

В современном обществе проблема социальной изоляции и утраты физических возможностей вследствие различных жизненных обстоятельств становится всё более актуальной [1]. Для многих людей, переживших травмы, болезни или другие критические события, важно найти пути к восстановлению своих способностей и возвращению к активной общественной жизни [2]. Одним из эффективных инструментов для этого является адаптивная физическая культура (АФК), которая помогает людям преодолевать физические ограничения и улучшать качество своей жизни [3, 4].

Цель: изучить влияние занятий адаптивной физической культурой на формирование и восстановление двигательных навыков у людей, находящихся в кризисной ситуации, а также оценить степень их социальной интеграции после участия в программе АФК на базе Центра поддержки «Милосердие».

Материалы и методы

Исследование проводилось среди группы из 90 человек, находившихся в трудной жизненной ситуации и проходящих программу реабилитации в центре «Милосердие». Участники были распределены на две подгруппы: одна занималась по стандартной программе АФК, другая – по индивидуальной программе, разработанной с учетом особенностей каждого участника. Оценка результатов включала тестирование физических показателей до начала программы и после ее завершения, а также анализ изменений в соци-

альном поведении и уровне удовлетворенности жизнью.

Анализ динамики социального поведения и уровня удовлетворенности жизнью:

Анализ динамики социального поведения и уровня удовлетворенности жизнью участников программы позволяет сделать несколько важных выводов относительно эффективности занятий АФК.

Изменение социального поведения

У участников обеих групп наблюдались значительные позитивные изменения в социальном поведении. В частности, отмечалось увеличение числа контактов с другими людьми, улучшение коммуникативных навыков и повышение уровня социальной активности. Это свидетельствует о том, что участие в программах АФК способствует расширению круга общения и улучшению взаимодействия с окружающими. Участники, занимавшиеся по индивидуальной программе, показали более выраженную тенденцию к самостоятельным социальным контактам и проявлению инициативы в общении. Они стали чаще участвовать в общественных мероприятиях, посещать культурные учреждения и заниматься волонтерской деятельностью. Это указывает на то, что индивидуальный подход к разработке программ АФК может способствовать более глубокой социальной адаптации.

Уровень удовлетворенности жизнью

После окончания программы уровень удовлетворенности жизнью значительно по-

высился у всех участников. Однако наибольший прирост был зафиксирован у тех, кто занимался по индивидуальной программе. Эти участники отметили улучшение своего эмоционального состояния, уменьшение тревожности и депрессии, а также повышение самооценки и уверенности в собственных силах.

Стандартная программа также привела к положительным изменениям, но они оказались менее значительными. Это подчеркивает важность учета индивидуальных особенностей и потребностей каждого участника при разработке программ реабилитации.

Результаты и обсуждение

Сила мышц: у большинства участников наблюдался значительный прирост силы мышц, особенно в группах, занимающихся по индивидуальной программе. Например, средняя сила мышц рук увеличилась на 20%, а сила мышц ног – на 25%.

Выносливость: время выполнения физических нагрузок увеличилось в среднем на 30%. Это означает, что участники смогли дольше выдерживать интенсивные тренировки без признаков сильного утомления.

Координация движений: Значительное улучшение координации было замечено у всех участников, особенно у тех, кто занимался по индивидуальной программе. Баланс и точность движений улучшились на 40-50% по сравнению с начальными показателями.

Гибкость: гибкость суставов и позвоночника увеличилась на 15-20%, что позволило

участникам легче выполнять сложные движения и избежать травм.

Вес и состав тела: большинство участников потеряли избыточный вес и увеличили процент мышечной массы. Среднее снижение веса составило 5 кг, а процентное содержание жира уменьшилось на 3-5%.

После прохождения программы АФК участники обеих групп продемонстрировали значительное улучшение физических показателей, включая силу мышц, координацию движений и выносливость. Кроме того, было отмечено повышение уровня самооценки и снижение тревожности, что свидетельствует о положительном влиянии занятий на психоэмоциональное состояние. Индивидуальная программа показала лучшие результаты в плане улучшения социальных навыков и готовности к самостоятельной жизни вне центра.

Заключение

Занятия адаптивной физической культурой являются эффективным средством для восстановления двигательных функций и социальной интеграции людей, попавших в кризисную ситуацию. Программа АФК способствует улучшению физического состояния, повышению уверенности в себе и готовности к активному участию в общественной жизни. Полученные данные подчеркивают важность индивидуального подхода при разработке программ реабилитации и необходимость дальнейшего развития подобных инициатив в рамках государственной политики.

Литература:

1. Петров П.П. Психологические аспекты реабилитации в условиях кризиса. *Вопросы психологии*. 2019; 2: 34–45.
2. Васильев К.К. Реабилитационные технологии в работе с людьми, пережившими кризисные ситуации. *Социология медицины*. 2019; 3: 78–84.
3. Николаева Л.М. Интеграция инвалидов в общество через физическую активность. *Актуальные проблемы специальной педагогики и психологии*. 2020; 15: 112–118.
4. Козлов Д.Д. Влияние адаптивной физической культуры на качество жизни людей с инвалидностью. *Спортивные науки: исследования и разработки*. 2018; 22: 43–49.

DEVELOPMENT OF SKILLS, RECOVERY OF MOTOR ACTIVITY, AND SOCIAL INTEGRATION OF PEOPLE IN CRISIS SITUATIONS THROUGH ADAPTED PHYSICAL EDUCATION: CASE STUDY OF THE CHARITY CENTER «MERCY»

N.A. Shteyman

Development center for social projects of Tumen region «Mercy», Tyumen, Russia;
nik.shteyman@mail.ru

Abstract:

The article discusses the process of developing and restoring motor functions in people who have found themselves in crisis situations through the use of adaptive physical culture (APC). Using the example of the Support Center "Mercy," it is shown how APC classes help integrate such individuals into society by improving their physical condition and psychological well-being. The research results confirm the effectiveness of this approach for social adaptation and improving the quality of life of program participants.

Keywords: adaptive physical culture, crisis situation, social integration, rehabilitation, Mercy Support Center

Для цитирования:

Штейман Н.А. Формирование умений, навыков и восстановление двигательной деятельности у людей, находящихся в кризисной ситуации, интеграция в общество посредством АФК на примере ЦП «Милосердие». *Медицинская и психосоциальная реабилитация*. 2025; 1: 23-24.

СОСТОЯНИЕ ПСИХИКИ И СОЦИАЛЬНЫЙ КРИЗИС

А.В. Приленская, Б.Ю. Приленский, Д.И. Боечко

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Тюмень, Россия

MENTAL STATE AND SOCIAL CRISIS

A.V. Prilenskaya, B.Yu. Prilensky, D.I. Boechko

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

В статье рассмотрены различные факторы риска, влияющие на сохранение психического здоровья. Анализируются некоторые этапы развития нарушений психики. Рассмотрены ранние отклонения в функциональном состоянии психики. Определены комплексные меры психопрофилактики населения.

Ключевые слова: психическое здоровье, кризис, трудные состояния психики, тревога, депрессия, страх, пандемия COVID-19.

Одна из главных задач общества – формирование личности, устойчивой к воздействию неблагоприятных жизненных факторов; формирование самоконтроля для сдерживания агрессивных реакций и развития процесса эмпатии [1]. Однако сложившаяся в обществе ситуация привела к сужению возможности человека контролировать свою жизнь. Нестабильность, неопределенность, угроза безработицы, распад ряда ценностей вызывают трудности выстраивания ориентиров собственной жизни, долговременных жизненных стратегий [2]. Использование манипулятивных технологий управления приводит к апатии, отчуждению народа от власти и дезорганизации общественной системы, к снижению социальной активности и способности к самоорганизации [3]. Вялотекущий социально-экономический кризис ведет к истощению адаптационных возможностей, что неизбежно ухудшает социальное здоровье населения.

Одной из актуальных проблем является профессиональная деформация личности. Как правило, она развивается в той сфере, где человеку приходится много общаться с другими людьми [4]. Проблема профессионального выгорания затрагивает большое количество работников различных профессий и является объектом многих психологических исследований. Обнаружено, что профессиональное выгорание – это механизм психологической защиты человека, который частично или полностью блокирует возникающие эмоции в от-

вет на психотравмирующие действия, связанные с его профессиональной деятельностью [5].

Ещё одна проблема заключается в постоянно нагнетаемом тревожном информационном фоне с повторением негативных фактов и повышенным психологическим давлением, введением строгого режима самоизоляции и расширенных санитарно-гигиенических норм. Это может вызвать всплеск психических расстройств у населения. Отмечаются симптомы фрустрации, страха, чувство одиночества, социальной отгороженности и отчуждения, разочарования и бесперспективности. У человека возникает ощущение угрозы, оживают негативные переживания из прошлой жизни (флешбеки), появляются яркие образные представления о собственном заражении коронавирусной инфекцией. Беспокоит бессонница, ночные кошмары, раздражительность и вспышки гнева, отмечается домашнее насилие, поведение избегания, иррациональные поступки, включая покупку оружия и военной амуниции, и даже – импульсивные решения бегства из находящихся на карантине населенных пунктов – вот неполный список симптомов посттравматического расстройства (ПТСР), массово наблюдающихся в США [6].

Таким образом, посттравматическое расстройство может возникать вследствие постоянного воздействия сильных, а также небольших по интенсивности факторов, которые приводят в итоге к тяжёлым последстви-

ям. В условиях недавней пандемии COVID-19 можно было говорить о возникновении так называемых доминантных состояний, в которой время реализации предстоящего события неизвестно. Такого рода состояние называется состоянием бдительности [7]. Одновременно можно отметить явления монотонии в условиях самоизоляции в сочетании со специфически подаваемой информацией об угрозе распространения вируса, заболеваемости и смертности в ежедневных сводках новостей.

Такие информационно-коммуникативные процессы могут таить в себе опасности, представляющие реальную угрозу для развития личности и общества в целом [8]. Разыгравшееся воображение подкрепляли ежедневные сводки о чрезвычайных ситуациях, происходящих в городе, стране и в мире. Возникшие доминирующие и сверхценные переживания в сочетании с тревогой, страхом и депрессивными переживаниями на фоне невротического состояния вели к переживаниям, связанными как с реальными, так и воображаемыми обстоятельствами и создавали ту область патологии, в которой изменения воображения являются одним из важных симптомов [8]. Возникающее таким образом состояние измененного сознания носит негативную окраску и разрушительно для личности и организма, ведёт к возникновению психосоматических и невротических расстройств.

Материал и методы

В начале пандемии COVID-19 (апрель 2020 г.) нами через сеть Интернет было проведено анонимное обследование 154 человек – жителей 15 разных стран (Европы, Азии и Америки). Использовались следующие тесты – Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS) и Шкала Тяжести Панического Расстройства (Panic Disorder Severity Scale – Self Report Form). Полученные результаты статистически обработаны с помощью программ Microsoft Excel, Statistica (версия 6,0).

Результаты

Нами было обнаружено, что во время пандемии, мужчины молодого возраста $21,5 \pm 0,5$ лет склонны к клинически выраженным тревожным расстройствам, а женщины

среднего возраста, $38,8 \pm 2$ лет, во время самоизоляции имеют депрессию, тревогу и паническое расстройство.

К сожалению, амбулаторная и стационарная сеть не ориентирована на выявление подобных состояний и на оказание помощи пациентам с донозологическими расстройствами. В связи с этим за пределами внимания врачей и клинических психологов остается большое количество начальных, предболезненных состояний, что неизбежно ведет к росту напряженности в семье, на производстве и в обществе. Население не получает помощи у врачей и начинает обращаться к целителям, знахарям и гадалкам. Научное мировоззрение в итоге замещается иррациональными, мифологическими представлениями, которые завоёвывает умы.

Агрессия (иначе – «конфронтационный копинг») как защитный механизм и реакция на психическую травму и тревогу в период пандемии заслуживает особого внимания, так как агрессия отдельных лиц в период паники как поведенческий образец мгновенно индуцируется, трансформирует этические нормы и превращается в массовую реакцию. Не случайно в периоды исторических катаклизмов, войн и революций, стихийных природных и техногенных катастроф констатируется ее нарастание, вплоть до мародерства и открытого, в том числе массового, противоправного поведения [9].

Донозологические отклонения в функциональном состоянии психики обозначены термином “трудные состояния”, введенным в научную практику Ф.Д. Горбовым, изучавшим поведение и самочувствие летчиков в напряженных летных ситуациях. Он обнаружил, что выполнение некоторых профессиональных задач сопровождается кратковременными нервными срывами, быстро переходящими нарушениями оперативной памяти, пространственной ориентации, вегетативной сферы. Выяснилось, что различного рода трудными состояниями изобилует и повседневная жизнь человека [10]. Среди таких состояний автор выделяет:

1. Состояния, обусловленные чрезмерной психофизиологической мобилизацией (небла-

гоприятные формы предрабочих и рабочих состояний, доминантные состояния).

2. Психические состояния, развивающиеся под влиянием неблагоприятных или непривычных факторов внешней среды (утомление, дремотное состояние, тревога, депрессия, аффект, фрустрация, состояния, вызванные одиночеством и ночным периодом суток).

3. Преневротическая фиксация неблагоприятных реакций (страхи, фобии, навязчивые действия).

4. Нарушения в сфере личностной мотивации (кризис мотивации).

К сожалению, эти специфические состояния не входят в сферу интересов представителей медицинского сообщества, несмотря на то, что они приводят к нарушению психофизиологического функционирования, снижают и дезорганизуют активность человека и могут быть первым шагом для более серьезных расстройств.

Сохранение и поддержание активности психической жизни обеспечивается высоким уровнем сознания, позволяющим действовать разумно. Пассивное потребление материальных благ, призванных облегчать нашу жизнь, монотонная нагрузка на работе приводит к изоляции от внутреннего мира с его эмоциями, мотивами и не позволяет должным образом поддерживать необходимый уровень активности. Сознание обывателя затуманено однообразием интенсивной работы и примитивными развлечениями и ограничено стереотипными поведенческими реакциями. Потребитель, озабоченный собственным благополучием, часто сосредоточен лишь на уровне первичных потребностей, и за границами его осознания остаются другие люди, природа, наука, искусство.

Нездоровые способы выхода из трудных состояний известны каждому, легко доступны и широко распространены в связи с пропагандой традиций культурного употребления алкоголя. Психическое здоровье обесценено пропагандой девиаций и явной клинической патологии, которые трактуются как самовыражение самобытной личности.

Известно, что болезнь легче предупредить, нежели лечить. К сожалению, обучение

приёмам психической саморегуляции не входит в программы школ и высших учебных заведений. Между тем, разрушение психического здоровья нации таит потенциальную опасность для государства.

Нам представляется важным формирование государственной стратегии, направленной на сохранение психического здоровья населения с формированием волевых качеств, трудолюбия, коллективизма и уважительного отношения.

Физическая культура играет важную роль в сохранении психического здоровья, поскольку эффективно позволяет снимать напряжение, тревогу и страхи за счет изменения афферентной импульсации со стороны мышечной ткани и обеспечения эмоционального отреагирования.

Население необходимо обучать приёмам, позволяющим снимать напряжение в сочетании с приёмами самовнушения, которые наиболее эффективны в утренние часы и перед засыпанием. Мысленные или словесные формулировки должны быть просты, кратки (не более двух слов), позитивны, жизнеутверждающие и оптимистичны по тону. Состояние изменённого сознания (состояние транса) делает самовнушение наиболее действенным. Одним из эффективных и доступных для населения является отечественный метод КЛЮЧ, предложенный замечательным психотерапевтом Х. Алиевым [11].

Мелодичная, душевная музыка, красивые песни с текстами на понятном языке могут быть эффективным способом психотерапевтического воздействия на психику. В процессе переживания происходит разрядка застойного очага возбуждения, формируется мотивация и целеполагание, возникают позитивные воспоминания. Всё это приводит к положительному изменению душевного и телесного состояния. Общение с природой, с животными, представляет собою своеобразные варианты процесса погружения во внутренний диалог, позволяющий активизировать ресурсные состояния и глубже познать себя в особом, трансовом состоянии сознания.

Если мы хотим обеспечить развитие нашего государства, то следует вкладывать

средства не только в строительство новых квартир. Развитие человека, способного на созидательный труд, защиту своей страны, становится жизненной необходимостью, вопросом выживания. Только здоровый, волевой, целеустремлённый человек способен к созидательному труду и защите отечества. Необходимо, используя самые разные сред-

ства коммуникации, обучать приёмам саморегуляции широкие слои населения и особенно отдельные категории профессионалов, сталкивающихся с экстремальными ситуациями. Врачи, психотерапевты, психологи, педагоги и социальные работники должны уметь выявлять и корригировать доболезненные состояния психики.

Литература:

1. Рубан Л.С. Социальное здоровье населения как фактор безопасности России. *Наука. Культура. Общество*. 2019; 3-4: 50-57
2. Келасьев В.Н., Первова И.Л. Социальные детерминанты здоровья. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика*. 2012; 4: 182-188.
3. Ершов А.Н., Мишин В.А. Методики оценки уровня социального здоровья населения. *Вестник экономики, права и социологии*. 2021; 3: 142-146.
4. Пономарева Л.Г., Акулич Ю.И. Профессиональная деформация медработников. В сборнике: *Социальные и психологические ресурсы личности в ситуации жизненных кризисов. Материалы Международной научно-практической конференции*. Симферополь, 2024. С. 121-124
5. Голубинский А.Р. Представление о профессиональном выгорании в психологической науке. В сборнике: *Психология профессиональной деятельности: проблемы, современное состояние и перспективы развития. Материалы VI Всероссийской научно-практической конференции*. Москва, 2024. С. 215-220.
6. Исмаилова Н.П., Курбанова З.С. Психологический анализ механизма информационного вируса в период пандемии COVID-19. *Мир науки, культуры, образования*. 2022; 1 (92): 419-421.
7. Гримак Л.П. Психология активности человека: Психологические механизмы и приемы саморегуляции. М.: Книжный дом «ЛИБРИКОМ». 2017. 368 с.
8. Бервенова О.В. Вопросы информационно-психологического воздействия средств массовой коммуникации в процессе формирования информационного поля МЧС России. В книге: *Гражданская оборона на страже мира и безопасности. материалы V Международной научно-практической конференции, посвященной Всемирному дню гражданской обороны*. Москва, 2021.
9. Кузина Н.В. Психика и информационная безопасность в условиях пандемии: последствия для личности и государства. *Galactica Media: Journal of Media Studies*. 2021; 3 (1): 146-189.
10. Гримак Л.П. Тайны гипноза: современный взгляд. М.: Ленанд, 2015. 344 с.
11. Алиев Х.М. Метод КЛЮЧ в борьбе со стрессом. Серия Психологический практикум. Ростов-на-Дону: 2003. 320 с.

MENTAL STATE AND SOCIAL CRISIS

A.V. Prilenskaya, B.Yu. Prilensky, D.I. Boecko

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

Abstract:

The article discusses various risk factors affecting the preservation of mental health. Some stages of the development of mental disorders are analyzed. Early deviations in the functional state of the psyche are considered. Comprehensive measures of psychoprophylaxis of the population have been identified.

Keywords: mental health, crisis, difficult mental states, anxiety, depression, fear, pandemic COVID-19

Для цитирования:

Приленская А.В., Приленский Б.Ю., Боечко Д.И. Состояние психики и социальный кризис. *Медицинская и психосоциальная реабилитация*. 2025; 1: 25-28.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

С.В. Давидовский

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

E-mail: davidouski@yandex.ru

SOCIO-PSYCHOLOGICAL FEATURES OF SELF-HARMING AND SUICIDAL BEHAVIOR

S.V. Davidovsky

Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

Исследование, проведённое в Республике Беларусь показало значимое различия между самоповреждающим и суицидальным поведением по способам самоповреждения, выраженности депрессивной симптоматике и мотивации к совершению суицида, а также черте характера «застревание».

Ключевые слова: самоповреждающее поведение, истинное суицидальное поведение, застревание, флегматический тип темперамента, неполная семья

Несмотря на обилие работ, изучающих анализ социально-психологических факторов, ассоциированных с суицидальным поведением, исследования, посвящённые дифференцировке самоповреждающего и суицидального поведения, носят единичный характер. Одни из самых ранних попыток определить данный синдром были сделаны ещё в 60-х годах XX столетия Graff и Mallin, но из-за включения попыток самоубийства в определения суицидального поведения они потерпели неудачу [1, 2]. В 1984 г. Kahan и Pattison [3] дифференцировали поведение, связанное с самоубийством, от самоубийства и предложили отдельное диагностическое расстройство: синдром преднамеренного самоповреждения. Учитывая высокую распространённость самоповреждающего поведения среди клинических выборок [4, 5] и в общей популяции подростков [6, 7], по рекомендации рабочей группы по расстройствам настроения самоповреждающее поведение включено в раздел 3 DSM-5 и отнесено к состояниям, рекомендованным для дальнейшего изучения.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 252 человека, в возрасте от 18 до 75 лет включительно:

– лица, совершившие суицидальные попытки с использованием различных способов самоповреждения (ГЛССРС), в количестве 100 человек (50 женщин и 50 мужчин)

– лица, совершившие самоповреждения с использованием высоколетальных способов

самоповреждения (ГЛИВСС), в количестве 72 человека (54 мужчины и 18 женщин);

– лица, находящиеся на стационарном лечении в психиатрическом отделении соматической общегородской больницы с диагнозом «расстройство адаптации», суицидальных попыток не совершавшие (80 человек, из них 49 мужчин и 31 женщина).

В исследовательских группах преобладали лица с диагнозом F43 (ГС – 72 (90%), ГЛССРС – 30 (30,0%), ГЛИВСС – 20 (27,8%). В группах суицидального риска выделялось доля лиц с диагнозом F10.2 (F10.2 в ГЛССРС – 23 (23%) и ГЛИВСС – 10 (13,9%)) и F32 (в ГЛССРС – 8 (8%), в ГЛИВСС – 7 (9,7%)), данные различия не значимы. В ГС отсутствовали лица с диагнозом F10.1, только у одного человека была диагностирована зависимость от психоактивных веществ (F10.2).

В процессе проведения исследования оценивался уровень перенесённого стресса по шкале Холмса и Рэя, выраженность депрессивной симптоматики по шкале Монтоммери – Асберг, выраженность мотивации к совершению суицида по 10-й аналоговой шкале. Определялись индивидуальные и характерологические особенности с использованием личностного опросника Г. Айзенка и тест-опросник Г. Шмишека - К. Леонгарда.

Результаты

При оценке выраженности психосоциального стресса в исследовательских группах установлено отсутствие значимых различий между группами, при этом показатель выра-

женности стресса в ГС был значимо выше, чем в ГЛССРС ($p \leq 0,05$), вне зависимости от гендерных различий. Наиболее выраженный уровень мотивации к совершению суицида отмечался в ГЛИВСС. Выраженность мотивации к совершению суицида является сильным дифференцирующим фактором [8]. Различия в уровнях суицидальной мотивации являются значимыми между всеми тремя группами ($p \leq 0,001$). В ГС выраженность мотивации была менее 1 балла.

Выявлена статистически значимая разница между исследовательскими группами отмечена при оценке выраженности депрессивной симптоматики. Уровень депрессии в ГЛССРС значимо ниже, чем в ГС и ГЛИВСС ($\chi^2 \leq 0,001$).

При оценке условий проживания отмечались статистически значимые различия между ГС и группами суицидального риска ($\chi^2=0,034$). В ГЛССРС выделяется высокая доля лиц мужского пола, проживающих с родителями (38,0%), в ГЛИВСС – проживающих в одиночестве (33,3%). При оценке семейного статуса значимая разница установлена между ГС и ГЛССРС (p (χ^2)=0,027), в ГЛИВСС и ГЛССРС доля лиц, состоящих в официальном браке, меньше, а лиц, не состоящих в браке, больше по сравнению с ГС. Однако между ГЛИВСС и ГС значимо между собой по данному показателю не различались. Установлены значимые различия между ГС (16,4%) и ГЛИВСС (38,6%) по характеристике «особенность воспитания», в ГС преобладали лица, воспитанные в полной семье (83,6%).

В ГЛССРС и ГЛИВСС преобладали лица со средним или средне-специальным образованием, в отличие от ГС $p(\chi^2) \leq 0,001$. По трудовой занятости значимых различий между группами исследования не отмечено, однако в группах суицидального риска (ГЛИВСС и ГЛССРС) преобладали лица имеющий доход – 100-160 у.е. в месяц, в отличие от ГС, где преобладали лица с доходом более 500 у.е. ($p \leq 0,001$). Данные различия по уровню дохода не зависели от гендерных различий.

При оценке типа темперамента установлены значимые различия между группами исследования. Доля флегматиков в группах суицидального риска значимо выше, чем в ГС, где более половины (58,6%) составляли

меланхолики. При оценке черт характера отмечено наличие значимых различий по черте характера «застревание» ($p \leq 0,011$).

Обсуждение

Согласно проведённому исследованию установлено, что данные формы суицидального поведения по выраженности психопатологических нарушений значимо между собой не различались, также, как и по выраженности психосоциального стресса. Установлено, что лица мужского пола в возрасте 45–60 лет из групп суицидального риска (ГЛССРС – $p \leq 0,001$; ГЛИВСС $p=0,030$), значимо чаще проживавшие одни ($p=0,034$) по сравнению с ГС. Однако при этом по семейному статусу ГС и ГЛИВСС не различались, вне зависимости от гендерных различий, то есть оценка особенностей проживания, а не семейный статус является более объективным фактором оценки особенностей проживания, также как и оценка наличия, либо отсутствия работы, не в полной мере отражает финансовое обеспечение индивида. Значимые различия между группами были получены по уровню дохода, а не по наличию либо отсутствию работы. Получены также значимые различия по условиям воспитания. В группах суицидального риска преобладали лица, воспитанные в неполных семьях, что в существующих опросниках и шкалах оценки суицидального риска не учитывается.

Таким образом проведённое исследование позволило выявить факторы, объективно отражающие существующую социальную ситуацию, в которой находится индивид, переживающий ситуацию суицидального кризиса.

При оценке индивидуально - психологических черт характера установлено преобладание в группах суицидального риска лиц с флегматическим типам темперамента, вне зависимости от пола. При этом ГЛИВСС и ГЛССРС значимо различались между собой по черте характера – «застревание». В ГЛИВСС преобладали лица, у которых данная черта характера имела тенденцию к акцентуации, что сочеталось с преобладанием в данной группе лиц с флегматическим типом темперамента. Таким образом можно утверждать, что для лиц входящие в ГЛИВСС в отличие от ГЛССРС характерно застревание на негативных эмоциях и переживаниях.

Выводы

1. Исследовательские группы значимо различались по выраженности мотивации к совершению суицида ($p \leq 0,001$). Наиболее выраженный уровень депрессии отмечался в ГЛИВСС (25,2 балла), который был значимо выше, чем в ГЛССРС, однако при этом группы исследования по выраженности психосоциального стресса между собой значимо не различались.

2. В ГЛИВСС по сравнению с ГС значимо больше доля лиц, воспитанных в неполной

семье ($p \leq 0,05$). Отмечено, что лица, входящие в группы суицидального риска, уступали ГС по уровню образования ($p \leq 0,001$).

3. Среди групп суицидального риска преобладали лица с уровнем дохода 100–160 у.е., в ГС – лица с доходом более 500 у.е. в месяц ($p \leq 0,001$).

4. В ГЛССРС и ГЛИВСС преобладали лица с флегматическим типом темперамента ($p \leq 0,001$), но при этом значимо различались между собой по черте характера «застревание».

Литература:

1. Graff H, Mallin R. The syndrome of the wrist cutter. *Am. J. Psychiatry.* 1967; 124: 74–80. DOI: 10.1176/ajp.124.1.36
2. Rosenthal R, Rinzler C, Wallsch R, Klausner E. Wrist-cutting syndrome: the meaning of a gesture. *Am. J. Psychiatry.* 1972; 128: 1363-1368. DOI: 10.1176/ajp.128.11.1363
3. Kahan J, Pattison EM. Proposal for a distinctive diagnosis: the deliberate self-harm syndrome (DSH). *Suicide Life Threat. Behav.* 1984; 14: 17–35. DOI: 10.1111/j.1943-278X.1984.tb00334.x
4. Гарагашева Е.П., Молина О.В. Несуицидальные самоповреждения: самопорезы (клиническое наблюдение). *Академический журнал Западной Сибири.* 2022; 18 (4): 15-20. DOI: 10.32878/sibir.22-18-04(97)-15-20
5. Shaffer D, Jacobson C. Proposal to the DSM-V childhood disorder and mood disorder work groups to include Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) as a DSM-V disorder. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2009.
6. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Несуицидальные самоповреждения подростков: общее и особенное. Часть III. *Суицидология.* 2021; 12 (1): 23-46. DOI: 10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-23-46
7. Розанов В.А., Лаская Д.А. Риск студенческого суицида: оценка роли некоторых социально - демографических факторов. *Девиянтология.* 2024; 8 (2): 20-25. DOI: 10.32878/devi.24-8-02(15)-20-25
8. Положий Б.С., Банников Г.С., Любов Е.Б., Зотов П.Б., Яхьева П.К. Профилактика суицидального поведения несовершеннолетних. *Суицидология.* 2021; 12 (3): 67-87. DOI: 10.32878/suiciderus.21-12-03(44)-67-87

SOCIO-PSYCHOLOGICAL FEATURES OF SELF-HARMING AND SUICIDAL BEHAVIOR

S.V. Davidovsky

Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus; davidouski@yandex.ru

Abstract:

Currently, it is customary to distinguish between self-harm and suicidal behavior, but studies devoted to this topic are rare. *Materials and methods.* The study involved 252 people divided into three groups: persons who have committed suicide attempts using various methods of self-harm (GLSSRS), in the number of 100 people; persons who made a true suicide attempt using highly lethal methods of self-harm (GLIVSS) in the number of 72 people; persons undergoing inpatient treatment with a diagnosis of “adjustment disorder”, who have not made suicidal attempts (80 people), then the comparison group (CG). *Results.* GLSSRS and GLIVSS did not differ significantly from each other in the prevalence of mental disorders. The most pronounced level of depression (25.2 points) and motivation to commit suicide was noted in GLIVSS, the least pronounced depressive symptoms in GLSSRS, the severity of motivation to commit suicide in CG. The study groups did not differ significantly in the severity of psychosocial stress. It was noted that males aged 45–60 years from suicide risk groups (GLSSRS – $p \leq 0.001$; GLIVSS $p = 0.030$) were significantly more likely to live alone ($p = 0.034$). In GLIVSS, compared to the GS, the proportion of people raised in single-parent families is significantly higher ($p \leq 0.05$). In GLSSRS and GLIVSS, persons with a phlegmatic type of temperament predominated ($p \leq 0.001$), however, they significantly differed from each other in the character trait “stuck”. *Conclusions.* GLSSRS and GLIVSS differed significantly from each other not only in the methods of self-harm, but also in the severity of motivation to commit suicide, depressive symptoms and the character trait “being stuck”.

Keywords: self-harmful behavior, true suicidal behavior, stuckness, phlegmatic type of temperament, single-parent family

Для цитирования:

Давидовский С.В. Социально-психологические особенности самоповреждающего и суицидального поведения. *Медицинская и психосоциальная реабилитация.* 2025; 1: 29-31.

ВЛИЯНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ВОСПРИЯТИЕ СОБСТВЕННОЙ ВНЕШНОСТИ И САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ У ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ АЛКОГОЛЬНУЮ И/ИЛИ НАРКОТИЧЕСКУЮ ЗАВИСИМОСТИ

С.А. Гальперин, А.Г. Бухна

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Тюмень, Россия

THE EFFECT OF SUBSTANCE USE ON THE PERCEPTION OF ONE'S OWN APPEARANCE AND SELF-STIGMATIZATION IN PEOPLE WITH ALCOHOL AND/OR DRUG ADDICTION

S.A. Galperin, A.G. Bukhna

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

Цель исследования: изучить влияние потребления психоактивных веществ (ПАВ) на восприятие собственной внешности и выраженности уровня самостигматизации. *Материал и методы исследования:* проведено анкетирование и тестирование 37 пациентов, проходящих социально-психологическую реабилитацию в ГАУ ТО «Областном реабилитационном центре» г. Тюмени. *Результаты и выводы:* в 74,2% случаев пациенты отмечали, что употребление ПАВ отразилось на их облике, при этом что-то предпринять по этому поводу не планировали, желания обращаться за психологической помощью не высказывали. К факторам риска по проблемам восприятия своей внешности можно отнести женский пол, уровень образования высокую критику к собственной внешности до начала потребления алкоголя или наркотических средств.

Ключевые слова: самостигматизация, психоактивные вещества, алкоголизм, наркомания, внешность

В последнее десятилетие наблюдается тенденция к снижению потребления алкоголя с параллельным увеличением количества наркопотребителей. Особо обращает на себя внимание рост распространённости наркомании и алкоголизма среди молодого населения [1-3]. Помимо прямого отрицательного влияния на психическое и физическое здоровье, следует отметить возникающие социальные нарушения при употреблении психоактивных веществ (ПАВ). Отмечено, что их длительное потребление оставляет негативный отпечаток на внешности, который впоследствии может служить поводом к стигматизации или самостигматизации и, как следствие, привести к усилению дезадаптации в социальной сфере [4-6]. Стигматизация – это социальный процесс или личный опыт, характеризующийся изоляцией, виной или обесцениванием, проистекающий из ожидания негативной реакции со стороны общества или из враждебного осуждения по отношению к индивидууму или группе с определённой проблемой со здоровьем [7].

На основании изложенного авторами проведена попытка изучения отношения наркопотребителей и лиц, зависимых от алко-

голя к изменениям собственной внешности на фоне потребления ПАВ. Полученную информацию можно будет использовать при разработке определённых реабилитационных и лечебных мероприятий среди вышеназванного контингента.

Цель исследования: изучить влияние потребления психоактивных веществ на восприятие собственной внешности и выраженности уровня самостигматизации в зависимости от различных социальных и иных факторов.

Материал и методы

В качестве материала исследования были использованы данные анкетирования 37 пациентов, проходящих медико-социальную реабилитацию в ГАУ ТО «Областной центр профилактики и реабилитации», г. Тюмень (директор Н.И. Караисаев).

Респондентам было предложено ответить на 22 вопроса основной анкеты, включающие различные социальные и личностные характеристики, а также заполнить опросник «Степень выраженности самостигматизации, ISMI-9», где формулировка – «психическое заболевание» было заменено на слово – «зависимость».

Таблица 1

Распределение ответов, полученных при заполнении основной анкеты реабилитантами
ГАОУ ТО «Областной центр профилактики и реабилитации»

Вопросы / Варианты ответов	Да	Нет
Были ли у вас проблемы с восприятием собственной внешности до начала употребления ПАВ?	45,0%	55,0%
Усугубило ли употребление ПАВ критику к собственной внешности?	38,7%	61,3%
Считаете ли вы, что употребление ПАВ отразилось на Вашей внешности?	74,2%	25,8%
Говорили ли другие люди, что заметили изменение Вашей внешности после начала употребления ПАВ?	81,0%	19,0%
Считали ли вы проблемой изменения в Вашей внешности, когда употребляли ПАВ?	41,9%	58,1%
Явилось ли негативное высказывание о вашей внешности поводом задуматься о прекращении / ограничении употребления?	38,7%	61,3%
Как Вы считаете, носят ли указанные изменения необратимый характер?	38,7%	61,3%
Планируете ли Вы что-то предпринять для изменения внешности?	54,8%	55,2%
Считаете ли вы, что изменения во внешности могут помешать / осложнить некоторые аспекты дальнейшей жизни?	35,5%	65,5%
Требуется ли Вам психологическая помощь, чтобы принять свою внешность?	3,2%	96,8%

Результаты исследования

Средний возраст опрошенных был в пределах $33,9 \pm 10,45$ г. (минимальный 20 лет, максимальный – 54 г.). Женщины составили 38,7%, мужчины – 61,3%. Высшее образование было у 19,4%, среднее у 80,6%. Средний стаж употребления ПАВ составил $11,4 \pm 8,4$ г. (min – 1 год, max – 25 лет). Зависимость от алкоголя выявлена у 58,0% опрошенных, от наркотических веществ у 16,1%, сочетанная зависимость у 19,3% реабилитантов. Распределение полученных ответов из анкеты приведены в табл. 1.

Проблемы с принятием собственной внешности до начала употребления отметили 45,0% опрошенных. Критика к собственной внешности вследствие потребления ПАВ появилось у 38,7%. Считают, что употребление ПАВ отразилось на внешности 74,2% человек. Отмечают, что другими людьми были замечены изменения в их внешности после начала употребления ПАВ 81,0% респондентов.

На вопрос о замеченных изменениях, были получены следующие ответы: «испортился характер, ухудшилось здоровье, угасла внешность, произошло снижение зрения, появилась раздражительность, и др.». Преобладает среди общего числа ответ об изменении массы тела в большую (как правило, у алкоголиков) или меньшую (как правило при употреблении наркотических веществ) сторону. Также упоминались: отечность лица, ломкость ногтей и волос, ухудшение состояния зубов.

Среднее время, прошедшее от начала употребления до видимых самими опрошенными

или другими людьми изменений, составило $4,3 \pm 4,87$ года. В 25,8% случаев к высказыванию о появлении изменений во внешности была негативная реакция, в остальных случаях – нейтральная (74,2%). Для 38,7% опрошенных негативное высказывание об их внешности явилось поводом задуматься о прекращении или ограничении употребления, 38,7% прекратили (16,1% на срок от 1 до 24 мес.) или ограничили (22,6% на срок от 1 месяца до полутора лет) употребление. Планируют в дальнейшем, что-то предпринять для улучшения собственной внешности 54,8% респондентов.

При исследовании влияния изменений внешности на социальные связи было получено, что у 35,5% осложнились данные аспекты жизни, 65,5% опрошенных такой закономерности не отметили. За психологической помощью из всех опрашиваемых, согласно опроса, обратился бы только один пациент.

Средний индекс самостигматизации, согласно опроснику ISMI-9, среди опрошенных составил 2,32 балла (соответствует низкому уровню). За пределы индекса (свыше 2,5) вышло 7 человек (18,9%), из них 6 с умеренным и один с высоким уровнем (16,2% и 2,7% соответственно). Значительно более подвержены самостигматизации были женщины. В группе с умеренным уровнем данный показатель составлял 12,9% от общего числа опрошенных (среди мужчин 6,45%).

Высокий индекс самостигматизации был выявлен у одной женщины 35 лет с высшим образованием и алкогольной зависимостью

свыше 15 лет (3,11 балла). Критика к собственной внешности у данной пациентки была и до употребления ПАВ. Респондентка первые изменения заметила через 7 лет употребления, больше всего ее беспокоили изменения со стороны зубов и кожи. Она считала, что изменения носят необратимый характер, однако явного дискомфорта данному по поводу не испытывала, предпринимать ничего не хотела.

Самый низкий индекс самостигматизации был у мужчины 33 лет со средним образованием и стажем потребления алкоголя >15 лет. Он не считал, что употребление могло повлиять на его внешность. На негативные комментарии окружающих, реагировал отрицанием.

Отмечено, что уровень образования коррелировал с выраженностью самостигматизации. Так в группе пациентов с высшим или неполным высшим образованием в 66,3% случаев отмечался умеренный или высокий уровень данного явления. При этом значимого

влияния срока употребления ПАВ на самостигматизацию отмечено не было.

Выводы

Среди алко- и наркозависимых лиц распространено неприятие собственной внешности. Почти каждый второй до начала употребления испытывал проблемы с восприятием своего внешнего вида (45,0%). В 74,2% случаев пациенты считали, что употребление ПАВ отразилось на их облике. Среднее время, прошедшее от начала употребления до появления видимых изменений во внешнем виде пациентов, составляло около 4 лет. При этом дискомфорта по данному поводу опрошенные не высказывали, за психологической помощью обращаться не планировали. К факторам риска выраженной самостигматизации можно отнести женский пол, высокий уровень образования, наличие критики к собственной внешности до начала потребления алкоголя или наркотических средств.

Литература:

1. Багамаев Н.М. Профилактика наркомании в молодежной среде: актуальные вопросы теории и практики. Профилактика наркомании в молодежной среде: актуальные вопросы теории и практики: Сб. докладов Всеросс. научно-практ. Конф., Белгород, 26 июня 2024 г. Белгород: БГТУ им. В.Г. Шухова, 2024. С. 30-32.
2. Сытик А.М., Хохлов М.С. Смертельные острые отравления метадонном в Тюменской области в 2018-2020 гг. *Академический журнал Западной Сибири*. 2021; 17 (1): 44-47.
3. Абсатаров Р.Р. Алкоголизм и наркомания в России: тенденции и следствия. *Геополитика и экогеодинамика регионов*. 2024; 20 (2): 59-68.
4. Алексеева А.В., Ильина С.И., Голенков А.В. Художественная алкология. *Девантология*. 2023; 7 (2-13): 13-23.
5. Галстян А.В. Наркомания. Заболевания, возникающие у лиц, страдающих наркотической зависимостью. *Тенденции развития науки и образования*. 2022; 86 (3): 45-47.
6. Альтерголт А.А. Стигматизация и самостигматизация в контексте психических расстройств: от исторических предпосылок к современным концепциям. *Вестник науки*. 2024; 1 (11-80).
7. Weiss M.G., Ramakrishna J. Stigma interventions and research for international health. *Lancet*. 2006; 367 (9509): 536-538.

THE EFFECT OF SUBSTANCE USE ON THE PERCEPTION OF ONE'S OWN APPEARANCE AND SELF-STIGMATIZATION IN PEOPLE WITH ALCOHOL AND/OR DRUG ADDICTION

S.A. Galperin, A.G. Bukhna

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

Abstract:

The purpose of the study: to study the effect of the consumption of psychoactive substances (surfactants) on the perception of one's own appearance and the severity of the level of self-stigmatization. Research material and methods: 37 patients undergoing socio-psychological rehabilitation at the Regional Rehabilitation Center in Tyumen were surveyed and tested. Results and conclusions: in 74.2% of cases, patients noted that the use of surfactants affected their appearance, while they did not plan to do anything about it, and they did not express a desire to seek psychological help. Risk factors for problems with perception of one's appearance include the female gender, the level of education, and high criticism of one's own appearance before starting to consume alcohol or narcotic drugs.

Keywords: self-stigmatization, psychoactive substances, alcoholism, drug addiction, appearance

Для цитирования:

Гальперин С.А., Бухна А.Г. Влияние употребления психоактивных веществ на восприятие собственной внешности и самостигматизация у лиц, имеющих алкогольную и/или наркотическую зависимости. *Медицинская и психосоциальная реабилитация*. 2025; 1: 32-34.

САМОУБИЙСТВО И СУИЦИДАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ: РЕШЕНИЯ В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ КЕЙСАМИ

С.И. Букин

УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-наркологию», г. Гродно, Республика Беларусь

SUICIDE AND SUICIDAL ACTIVITY: SOLUTIONS IN A CASE MANAGEMENT SYSTEM

S.I. Bukin

Grodno Regional Clinical Center «Psychiatry-Narcology», Grodno, Belarus

В работе установлены механизмы принятия решений о совершении суицида, которые свидетельствуют, что в самом акте самоубийства неочевидно наличие решений актуальных проблем, приведших к нему. Летальные суицидальные действия развиваются под управлением эмоционального интеллекта на фоне конфликта потребностей и их ограничений. Перевод кейса «самоубийство» из категории «важно и срочно» в категорию «важно и не срочно» создает условия для его решения технологиями адаптивного кейсменеджмента на основе успешных несуйцидальных практик и их интеграции в актуальное содержание кейса.

Ключевые слова: асуицидальная личность, кейсменеджмент, общественное мнение, самоубийство, частота самоубийств, эмоциональный интеллект

Идентичность этапов суицидогенеза (СГ) в частных случаях характеризуют суицидальное поведение (СП) индивида и суицидальную активность населения (САН), как универсальный кейс с набором типовых задач, решение которых осуществляется в системе управления кейсами или в адаптивном кейсменеджменте [1]. Стратегические константы САН, определяющие темпоральность частоты СУ (ЧСУ), доминирование социальных факторов и триггеров в СГ и обусловленность СУ допущениями о нём в общественном мнении (ОМ), наделяют общество характеристиками экспертной системы, а частные случаи СУ и САН – его свойствами, определенными индивидуальными переживаниями смыслов [2]. Такое представление технологической архитектуры социума с позиций математического анализа предполагает наличие в нем z проектов (кейсов), n уровней их организации и $n \cdot u$ решений операционных задач, обеспечивающих его функционирование. И САН, как проект или кейс «СУ», является одной из них, управляемой социальными процессами или коммуникативными конфликтогенами [3].

Установленные в работе механизмы принятия решений о совершении суицида свидетельствуют, что в самом акте самоубийства неочевидно наличие решений актуальных проблем, приведших к нему. Летальные суицидальные действия развиваются под управлением эмоционального интеллекта на фоне конфликта потребностей и их ограничений. Перевод кейса «самоубийство» из категории «важно и срочно» в категорию «важно и не

срочно» создает условия для его решения технологиями адаптивного кейсменеджмента на основе успешных несуйцидальных практик и их интеграции в актуальное содержание кейса.

Цель – установить принципы принятия решений о летальных суицидальных действиях с позиций адаптивного кейсменеджмента.

Материал и методы

В работе использованы статистические данные по Гродненской области за период 2004-2023 годов о численности населения и количестве самоубийств; карты анализа причин самоубийств, совершенных в 2010-2023 годах ($n=1520$); опубликованные результаты собственных исследований. Выполнен анализ зарубежной и отечественной литературы, результаты которого использованы в аналитическом исследовании, в том числе, в формальных математических моделях.

Результаты и обсуждение

Человек, как формальная модель общества, в реальных условиях наделен возможностью выбора наиболее успешных практик для решения актуальных задач на основе интеллекта (в том числе, эмоционального (ЭИ)) [4]. Наличие у него в каждой единице времени иерархического списка их приоритетов и конкуренций представляет собой комбинированную модель многопоточной и асинхронной архитектур управления процессами (МУП) программной среды, в которой серверными функциями менеджмента управляет сам человек [5].

Такая информационная платформа при эффективной ее реализации обеспечивает

возможность детализации на высоком уровне содержимого кейсов и решения задач низкого приоритета без привязки их к содержанию кейсов, что определяет наличие у каждого «библиотеки» своих операционных решений и их систем.

Кейс-менеджмент (КМ), разработанный человеком, как система решений внешних задач, представлен не просто методологией управления, но и особым видом архитектуры управляемого объекта и основан на обобщении и систематизации процессов (с учетом их уникальности) в виде «кейсов», как отдельных проектов. В системе управления проектами жизнедеятельности технологии адаптивного КМ (АКМ), базирующиеся на своемременном отслеживании и реагировании на изменение условий использования успешных практик $n-x$ уровней, обеспечивают формирование «библиотек» их решений $n+x$ уровней¹, актуальных для типовых задач в текущем времени. В такой многоуровневой «библиотеке» успешных практик присутствуют правильные решения исключительно прошлого, чем и объясняются сложности поиска решений для операционных задач в условиях темпоральных изменений содержания кейсов, ведущих к утрате прямой связи между типовыми задачами и решениями.

Особенностью создания индивидуальных кейсов является их безвозвратность, выражающаяся в необходимости непрерывного обслуживания каждого из них [6]. Такая включенность в процессные, а по значимости для человека вопроса жизни и смерти – в системные – проекты затратна, поскольку отвлекает интеллектуальные и эмоциональные ресурсы, существенно снижая эффективность социального функционирования и, как следствие, качество решения кейса «СУ» [7]. По нашему мнению, это происходит за счет аккумулярования потенциальным суицидентом в качестве исходных данных субкейсовых решений частных задач и обуславливает построение алгоритма решения кейса «СУ» на основе субаксиомальных решений, не имеющих «правильных» ответов, и приобретающих для него значение истинных в условиях отсутствия системы объективного менеджмента качества [8].

Наличие у человека в каждой единице времени неопределенного множества кейсов и задач в диапазоне уровней $[n-x..n+x]$ нужда-

ется в сортировке и обслуживании их очереди или тайм-менеджменте (ТМ) – технологии принятия рациональных решений на основе формирования последовательности задач, успешное решение которых приводит к ожидаемому результату:

Таблица 1

Матрица технологических уровней (Эйзенхауэра [9])

Критерий	Срочно		Не срочно	
	А (сделать)		В (запланировать)	
Важно	a(n+x)	n+x	b(n+x)	n
	a(n-x)		b(n-x)	
Не важно	С (делегировать)		D (удалить)	
	c(n+x)	n±x	d(n+x)	n±x
	c(n-x)		d(n-x)	

a(n+x/n-x), b(n+x/n-x), c(n+x/n-x), d(n+x/n-x) - наличие типового решения кейса «СУ»; n-x, n, n+x - уровни решений кейсов «СУ», n∈N, x≠0

Сортировка и ранжирование задач обременены лимитом времени и вопросом состоятельности «библиотек» решений для перевода проблемного вопроса в плановый (из квадрата «А» в квадрат «В») и формирования соответствующего кейса с решением его на основе АКМ.

В рассматриваемой модели принятия решений присутствуют 4 компонента: центральная информационная платформа (МУП) – человек и периферийные компоненты – технологии АКМ, ТМ и кейсы.

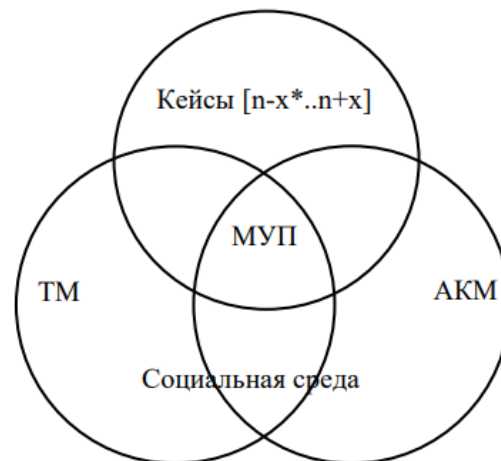


Рис. 1. Интеграционная модель принятия решений (n-x, n+x – уровни решений кейсов «СУ»).

Их взаимное влияние и обусловленность социальной средой создают сложноподчиненные исходные условия выбора. Такое представление о механизме принятия решения о совершении СУ объясняет импульсивность непосредственно суицидальных действий избыточностью десинхронизированно-

¹ n – актуальный уровень кейса, n-x, n+x – предыдущие и будущие уровни успешно решенных кейсов

го содержания кейса «СУ», который недоступен обработке ТМ, нуждается в решении и не может быть удален, поскольку определяет актуальные смыслы [10].

Возможность совершения СУ или осуществления осознанных преднамеренных действия по лишению себя жизни присутствует у каждого человека, поскольку СУ - поведенческий акт или унифицированное решение кейса «СУ», предопределяемое наличием устойчивый культуральных связей между типовым решением (суицидальные действия) и общим содержанием кейса (социально-психологическая дезадаптация) [11]. Этот вывод следует непосредственно из эволюции СП, как примера неуспешного АКМ по сохранению жизни: от мыслей и представлений – к замыслам, намерениям и непосредственно суицидальным действиям [12, 13]. Присутствие руминаций и персеверирование на негативных темах в процессе формирования СП – очевидный пример неуспешного применения решений $n \pm x$ уровня ($x \neq 0$) без формирования актуального кейса n уровня, в котором этап пресуицида неограничен во времени и располагается преимущественно в квадрате «В», а суицидальные действия принадлежат квадрату «А» и осуществляются импульсивно, исходя из типового или «успешного» по мнению суицидента решения кейса «СУ» $n \pm x$ уровня ($x \neq 0$) [14].

АКМ, как способ перевода внеплановой деятельности в плановую, применяется человеком с разными допущениями, качеством содержания кейсов и способов их решений на всех жизненных этапах и представляет из себя интеллектуальный процесс, поскольку характеризуется способностью к познанию и эффективному решению проблем через моделирование неслучайных отношений окружающего мира на основе аксиоматических положений или успешных кейсов. Каждый кейс, к которому применяется АКМ, нуждается в постоянном администрировании до его реше-

ния либо дезактуализации, поскольку изменяющиеся условия, в которых решаются задачи, моделируют и содержание кейсов, что приводит к утрате контроля за процессами кейсов и образованию вместо одного прогнозируемого решения ряда промежуточных субкейсовых, которые с высокой вероятностью станут автономными в связи с утратой ранее установленных с другими задачами связей.

Несмотря, что содержание кейса «СУ» определено индивидуальным отношением человека к проблеме СУ его ЭИ, определяющим качество жизни, и высоко персонализировано, структура этого кейса неоднократно классифицирована и указывает на типовые условия образования и развития [15, 16]. И если человек начинает обслуживать вопрос смерти, высока вероятность потери контроля над влиянием собственной модели отношения к ней на аксиомальные жизненные категории, определяющие поиск решений. Тогда решение кейса «СУ» n уровня становится невозможным из-за отсутствия конечных знаний о нем и идентичности кейсов $n-x$ уровней в случае наступления смерти и подмены в содержании кейса «СУ» определенных исходных данных на неизвестные производные автономных субкейсовых процессов. Такой вывод определяет, что суицидальные действия – сгенерированный АКМ аналог решений «успешных» по мнению суицидента кейсов $n-x$ уровней его «библиотек».

Результаты SWOT-анализа свидетельствуют об отсутствии у человека кейсов «СУ» n уровня при наличии суицидального поведения и $n+1$ уровня – до его развития.

В условиях, когда содержание кейса «СУ» генерирует ЭИ, его исключение из формальной в математическом моделировании модели личности потенциального суицидента позволяет исследовать «асуицидальную» формальную модель человека, ориентированную исключительно на поиск правильных решений каждого кейса на основе АКМ.

Таблица 2

Комплексная оценка сильных и слабых сторон модели принятия решений о самоубийстве (SWOT – анализ)

Внутренние факторы	
Сильные стороны	Слабые стороны
Наличие «библиотек» решений	Отсутствие «правильных» решений и объективного менеджмента качества
Внешние факторы	
Возможности	Угрозы
Сведения о решениях кейсов «СУ» поступают из десинхронизированных источников	Низкая субъективная идентификация рисков и не востребо- ванность первичной профилактики

Установленные связи между ОМ и личностью суицидента определяют возможность исследования свойств этих двух феноменов как функций $f(\Delta y)$ и $f(\Delta x)$, в совокупности предопределяющих возможность СУ [17].

Допустимость СУ общественным мнением и возможность его совершения личностью позволяют рассмотреть СУ, как событие, имеющее в декартовой системе координат две характеризующие его переменные: x – выраженность антисуицидального ОМ, y – возможность совершения СУ личностью (СУ $[x,y]$) [18]. Такая модель СУ определяет его, как характеристику (величину) личности, производную от отношения изменений к СУ в ОМ и личности. Это отношение в каждой единице времени имеет некоторую (в том числе, нулевую) удаленность от вероятных его значений $[x, y]$ (формула 1.1):

$$f(x) = \lim_{\Delta x \rightarrow 0} \frac{\Delta y}{\Delta x}, \quad (1.1), \text{ где } \Delta y - \text{изменения в антисуицидальном общественном мнении;}$$

Δx – изменения в отношении личности к СУ

Уравнением 1.1 описана математическая зависимость между изменениями в отношении к СУ у личности и в ОМ. Личность рассматривается, как формальная модель (элемент) ОМ, а СУ – свойство ОМ, которое присутствует у личности, что позволяет исследовать гипотезу о возможности выделения из формальной модели личности общих условий, способствующих совершению СУ [19]. Установленная зависимость (1.1), определяемая неизвестными правилами ($f(x)$), исключая влияние ЭИ, позволяет выделить асуицидальную в математическом понимании личность, которая не может совершить СУ.

Асуицидальная личность (X), имеющая нулевую вероятность совершения суицида (СУ $[0;0]$), формируется из потребностей (P), ограничений (O) и степеней их реализации (V_p, V_o) (формула 1.2):

$P/O=X, P/O>1$, т.к. потребность выше (Engel's law [20]).

$$(P/V_p)/(O/V_o)>1, \quad P/V_p>O/V_o. \quad (1.2)$$

$$V_p>0, V_o>0, O<P-1 \Rightarrow P/V_p>(P-1)/V_o.$$

$$P*V_o-PV_p-V_p>0, \quad (1.3)$$

$$P*V_o-PV_p-V_p=0, P*(V_o-V_p)=V_p.$$

Неравенство верно при:

$$1. V_o \text{ и } V_p>0. \quad (1.4)$$

$$2. P>0. \quad (1.5)$$

$$3. V_o>V_p. \quad (1.6)$$

$$4. V_o \neq V_p. \quad (1.7)$$

Результаты решения неравенства (1.3) свидетельствуют, что вероятность совершения СУ личностью стремится к нулю при

наличии потребностей и затруднений в их реализации (1.4), приоритетности преодоления ограничений над удовлетворением потребностей (1.5), достигаемости желаемого (1.6) и невозможности удовлетворения всех потребностей (1.7).

Установленные характеристики асуицидальной в математическом выражении личности выявляют наличие в ее структуре границ между базовыми (реализованными) и заявленными (желаемыми) потребностями, что, при использовании математического метода доказательства «от противного», свидетельствует об отсутствии их (либо недостаточной выраженности) у личности, склонной к СУ [21]. Этот вывод находится в прямом соответствии с установленной проблематичностью перевода решения кейса «СУ» из квадрата «А» в квадрат «В» матрицы технологических уровней (Эйзенхауэра) (Табл. 1) и свидетельствует, что решение о суицидальных действиях в условиях экспансии триггеров суицидального поведения берется суицидентом из библиотек $n \pm x$ уровня ($x \neq 0$) – из типовых и «успешных», по его мнению, кейсов без применения технологий АКМ.

Установленное ранее наличие неопределенных системных правил, обуславливающих связь принятия решения о СУ с актуальным социальным контентом содержания кейса «СУ» определяет идентичность принятия решения человеком о совершении летальных суицидальных действий, как выбор одного из неопределенного множества решений операционных задач кейса «СУ». Об этом свидетельствует наличие темпоральных закономерностей ЧСУ и типовых медико-социальных характеристик суицидентов [3].

Результаты исследования характеризуют СУ и САН, как элементы глобальной иерархической системы кейс-менеджмента (кейсов и операционных задач) на уровнях личности и социума, и свидетельствуют о приоритетной значимости решений кейса «СУ» $n \pm x$ уровня ($x \neq 0$) при нахождении человека в типовых для среднестатистического суицидента условиях.

Заключение

Наиболее эффективной превенцией самоубийств является первичная профилактика, определяемая антисуицидальным общественным мнением, поскольку формирует у человека отношение к суициду на этапе отсутствия субъективной необходимости приобретать эти знания впрок и создает условия для

формирования и успешного решения кейса «самоубийство» в будущем.

Установленные в работе механизмы принятия решений о совершении суицида свидетельствуют, что в самом акте самоубийства неочевидно наличие решений актуальных проблем, приведших к нему.

Литература:

1. Дымченко О.В. Адаптивный кейс-менеджмент: новый взгляд на управление бизнес-процессами. Современные информационные технологии в экономике и управлении организацией. Ростов-на-Дону, 2018. С. 126-141.
2. Букин С.И. Темпоральные и медико-социальные характеристики суицидов, как свойство социальных систем. *Тюменский мед. журнал*. 2024; 26 (1): 14-23.
3. Букин С.И. Суицидальная активность в статистической ретроспекции. *Журн. Гродн. гос. мед. ун-та*. 2024; 22 (3): 229–238.
4. Ткач Е.А. Интеллект и его влияние на самореализацию личности. *Коммуникология: электронный научный журнал*. 2018; 4.
5. Воронцов Ю. А., Михайлова Е. К. Комбинированная архитектура системы конфигурационного управления вычислительной инфраструктурой. *International Journal of Open Information Technologies*. 2021; 11.
6. Логинова А.В., Дымченко О.В. Адаптивный кейс-менеджмент VS процессный менеджмент. *Развитие экономики и менеджмента в условиях перехода к цифровой экономике*. Сборник научных трудов. Под общей редакцией К.А. Бармуты. Ростов-на-Дону, 2021. 190 с.
7. Бороденко А. В. Суицид как психологический феномен. *Форум молодых ученых*. 2018; 6-1 (22).
8. Майкова П.Н., Майкова Е.Н., Захарова Ю.О., Андреасян Г.М. Сущность и значение системы менеджмента качества. *Форум молодых ученых*. 2020; 10 (50).
9. Попов Р.А. Профессиональные навыки менеджера: тайм-менеджмент. *Ученые записки Тамбовского отделения РСОМУ*. 2019; 14.
10. Букин С.И. Госпитальные суициды: значения и смыслы. *Журнал Гродн. гос. мед. ун-та*. 2024; 21 (3): 262–265.

Перевод кейса «самоубийство» из категории «важно и срочно» в категорию «важно и не срочно» создает условия для его решения технологиями адаптивного кейсменеджмента на основе успешных несуицидальных практик и их интеграции в актуальное содержание кейса.

11. Букин С.И. Территориальный уровень суицидальной активности. *Журн. Гродн. гос. мед. ун-та*. 2019; 17 (1): 37–44.
12. Диагностика суицидального поведения: метод. рекомендации / Моск. науч.-исслед. ин-т психиатрии; сост.: А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко. М., 1980. 48 с.
13. Тихоненко В.А. Классификация суицидальных проявлений. *Актуальные проблемы суицидологии*: [сб. ст. / отв. ред. А.А. Портнов]. М., 1978. С. 59–72.
14. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Жирнова О.В. Руминации как психологический механизм формирования и поддержания суицидального поведения. *Современная зарубежная психология*. 2022; 11 (1): 124–136.
15. Дюркгейм Э. Самоубийство: социол. этюд. СПб.: Союз, 1998. 496 с.
16. Банщикова Е.Г. Философские и методологические основы психопатологического анализа самоубийства [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.Rusmedserv.com/psychsex/su.shtml>. Дата доступа: 10.12.2024.
17. Букин С.И., Тищенко Е.М. Личность и общественное мнение в этиопатогенезе самоубийств. *Суицидология*. 2016; 7 (3): 32–39.
18. Декартова система координат [Электронный ресурс]. *Академик*. Режим доступа: <http://dic.academic.ru/dic.nsf/rwwiki/890827>. Дата доступа: 10.12.2024.
19. Матус П.П., Рычагов Г.П. Математическое моделирование в биологии и медицине: аннотир. справ. Минск: Беларус. наука, 1997. 208 с.
20. Шутов В.Н. Фундаментальная экономика. Законы социально-экономических систем. М.: Этерна, 2012. 288 с.
21. Марина И.Е. Психологическое сопровождение личности, склонной к суицидальным формам поведения. СПб.: Речь, 2012. 80 с.

SUICIDE AND SUICIDAL ACTIVITY: SOLUTIONS IN A CASE MANAGEMENT SYSTEM

S.I. Bukin

Grodno Regional Clinical Center «Psychiatry-Narcology», Grodno, Belarus

Abstract:

The work establishes mechanisms for making decisions about suicide, which indicate that the act of suicide itself does not clearly contain solutions to the pressing problems that led to it. Lethal suicidal actions develop under the control of emotional intelligence against the background of a conflict of needs and their limitations. The transfer of the suicide case from the "important and urgent" category to the "important and not urgent" category creates conditions for its solution by adaptive case management technologies based on successful non-suicidal practices and their integration into the actual content of the case.

Keywords: suicidal personality, case management, public opinion, suicide, suicide rate, emotional intelligence

Для цитирования:

Букин С.И. Самоубийство и суицидальная активность: решения в системе управления кейсами. *Медицинская и психосоциальная реабилитация*. 2025; 1: 35-39.

ПЛАСТИКА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ

К.С. Нерсисян¹, С.С.-Х. Гаибов^{1,2}, Д.П. Воробьев^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Тюмень, Россия

²ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №2», г. Тюмень, Россия

PERIPHERAL NERVE PLASTIC SURGERY

K.S. Nersesyan¹, S.S. Gaibov^{1,2}, D.P. Vorobyov^{1,2}

¹Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

²Regional Clinical Hospital № 2, Tyumen, Russia

По данным ВОЗ в мире регистрируется около 20 миллионов случаев повреждений периферических нервов, что особенно значимо для людей трудоспособного возраста, так как может привести к утрате профессиональных навыков. Регенерация периферических нервов является недостаточной, поэтому основное внимание уделяется хирургическим способам их восстановления. Авторы приводят анализ данных, посвященных различным способам пластики периферических нервов, представленных в отечественной и зарубежной литературе.

Ключевые слова: травма периферических нервов, регенерация нервов, пластика нервов

Согласно статистике ВОЗ ежегодно в мире фиксируется около 20 миллионов случаев повреждений периферических нервов. В развитых странах такие травмы составляют до 5% всех повреждений опорно-двигательной системы, тогда как в регионах с низким уровнем экономического развития этот показатель выше из-за увеличенной частоты дорожно-транспортных происшествий, производственных травм [1] или умышленных самоповреждений [2, 3]. Примерно 70% всех случаев приходится на травмы нервов верхних конечностей, чаще локтевой или срединный нерв [4, 5]. Особенно значимо это для людей трудоспособного возраста, ввиду высокого риска утраты профессиональных навыков.

Регенерация периферических нервов, в отличие от других тканей организма, происходит медленно и часто оказывается недостаточной. По данным исследований, лишь менее половины пациентов, перенесших пластику нервов после травм, достигают удовлетворительных результатов в восстановлении двигательных или сенсорных функций [6, 7]. Текущие хирургические подходы практически не претерпели изменений со времен Сандерленда, описавшего их более 60 лет назад. Несмотря на то, что понимание физиологии нервов и их регенерации значительно углубилось, возможности хирургии пока не позволяют полностью восстановить моторные и сенсорные функции. Технически возможно реконструировать нервы на уровне фасцикул,

однако на уровне отдельных аксонов это остается недостижимым. Новые методы, такие как нервные трансферы, показывают потенциал в лечении проксимальных повреждений, а современные молекулярные и биоинженерные разработки стремятся преодолеть биологические барьеры, ограничивающие восстановление [8, 9].

Повреждения периферических нервов широко распространены и их исходом нередко становится пожизненная инвалидность. Наиболее частыми причинами таких травм являются растяжения, за которыми следуют разрывы и компрессионные невропатии. Из-за особенностей течения заболевания, поздней диагностики или отсроченного хирургического вмешательства многие пациенты обращаются за медицинской помощью спустя недели или даже годы после травмы [10, 11].

Периферическая нервная система обладает природной способностью к восстановлению после повреждений, однако полное функциональное выздоровление встречается крайне редко. Это делает данную проблему особенно сложной в клинической практике, поскольку регенерация и реиннервация ограничены временными рамками [12, 13]. Современные хирургические методы реконструкции нервов, несмотря на их усовершенствование, остаются недостаточно эффективными. Примерно у трети пациентов сохраняются хронические боли [14] или инвалидность. Это подчеркивает необходимость по-

иска и внедрения новых подходов, направленных на улучшение восстановления нервов и их функций.

Цель – изучение различных методов пластики нервов посредством анализа отечественных и зарубежных источников литературы.

Материалы и методы. Основу исследования составила работа с отечественными и зарубежными источниками литературы, обзор литературы воспроизводился поиском по ключевым словам в базах данных PubMed, Medline, ISI, IBSS и Google Scholar.

Основная часть

Методика эпинеурального восстановления нерва, впервые описанная Хьюэнтером в 1873 году, остаётся актуальной и по сей день. В 1892 году Кахаль обнаружил, что нейротропные факторы направляют регенерацию аксонов в сторону органа-мишени. Принципы микрохирургического восстановления нервов, сформулированные Сандерлендом в 1945 году, были впервые реализованы Курце и Смитом в 1964 году, благодаря разработке операционного микроскопа. За последние десятилетия хирургическая техника претерпела лишь незначительные изменения, и эпинеуральная пластика до сих пор считается золотым стандартом. Этот метод включает прямое восстановление нерва «конец в конец» или использование аутологичных трансплантатов при чрезмерном натяжении.

Повреждения периферических нервов составляют около 2,8% среди всех травм, чаще всего затрагивая лиц молодого трудоспособного возраста. Однако даже при оптимальном хирургическом лечении функциональное восстановление редко бывает полным. Распространенные осложнения, такие как мышечный паралич, сенсорные нарушения и хроническая боль, значительно снижают качество жизни пациентов и оказывают существенное социально-экономическое влияние. Несмотря на значительные усилия, направленные на улучшение регенерации нервов, только немногие методы оказались эффективными и клинически применимыми.

1. Усиление регенерации нервов с помощью электрической стимуляции

Одним из перспективных подходов к улучшению регенерации периферических нервов является применение электрической

стимуляции в процессе их восстановления. Исследования на животных моделях показали, что такой метод способствует регенерации как двигательных, так и сенсорных нервов при острых и хронических повреждениях. Электрическая стимуляция запускает ретроградную передачу потенциалов действия от места травмы к телу нейрона в спинном мозге или дорсальных корешковых ганглиях, что приводит к увеличению уровня цАМФ и активации генов, связанных с регенерацией. Это ускоряет рост аксонов, ремиелинизацию и реиннервацию органов-мишеней, даже в случае отсроченного хирургического вмешательства [15].

Исследование Аль-Маджеда и его коллег продемонстрировало, что стимуляция с частотой 20 Гц в течение двух недель ускоряет реиннервацию мышц после перерезки нерва у мышей. В частности, аксональная реиннервация бедренного нерва происходила за три недели, тогда как в контрольной группе этот процесс занимал 8–10 недель. Примечательно, что краткосрочная стимуляция (10 минут) оказалась столь же эффективной, как и длительная (60 минут), что делает метод более удобным для клинического применения [16]. Последующие эксперименты, проведенные Брашартом и его коллегами, показали, что электрическая стимуляция увеличивает количество моторных нейронов, пересекающих линию шва и проникающих в дистальный нервный остаток, что ускоряет двигательную реиннервацию. Однако скорость роста аксонов при этом не изменялась. Эти результаты свидетельствуют о том, что эффект электрической стимуляции связан с улучшением направления роста аксонов к целевым органам.

Клинические исследования также подтверждают эффективность электрической стимуляции. Например, Н.А. Power с коллегами провели двойное слепое рандомизированное исследование, в котором пациенты с тяжелой локтевой невропатией, перенесшие хирургическую декомпрессию, получали послеоперационную электростимуляцию. Результаты показали улучшение силы захвата, восстановления двигательных единиц и функционального состояния мышц. Эти данные подтверждаются другими исследованиями, однако для дальнейшего внедрения метода требуется больше клинических испытаний [17, 18].

2. Молекулярные и клеточные механизмы регенерации периферической нервной системы

Повреждение периферических нервов запускает сложный каскад событий, затрагивающий нейроны, аксоны и окружающие клетки. В процесс регенерации вовлекаются шванновские клетки, фибробласты, воспалительные клетки, трофические факторы, рецепторы факторов роста, сигнальные молекулы и экзосомы, вырабатываемые нервной тканью. После травмы нейроны активируют регенеративный фенотип, изменяя свою транскрипционную программу. В дистальной части поврежденного нерва шванновские клетки трансформируются в репаративные формы, активно участвуя в процессе регенерации [19, 20].

Макрофаги, локализованные в поврежденной области, вместе со шванновскими клетками способствуют разрушению мертвых тканей, создавая условия для роста новых аксонов. Шванновские клетки размножаются и формируют тяжи Бюньера, которые направляют аксоны и впоследствии способствуют их ремиелинизации. Недавние исследования выявили важную роль экзосом, выделяемых различными клетками нервной системы, включая нейроны, шванновские клетки, микроглию и другие. Экзосомы, секретируемые шванновскими клетками, значительно ускоряют регенерацию аксонов, как *in vitro*, так и *in vivo*. Они изменяют морфологию конусов роста аксонов, способствуя их про-регенеративному фенотипу, и подавляют активность ГТФазы RhoA, предотвращая коллапс конусов роста.

Тканевой активатор плазминогена (ТАП), являющийся сериновой протеазой, играет ключевую роль в регенерации, разрушая внеклеточный матрикс и облегчая миграцию шванновских клеток. Экспрессия ТАП регулируется микроРНК-340, которая влияет на его секрецию. Дисбаланс экспрессии микроРНК-340 может нарушать процесс удаления клеточного детрита и рост аксонов, замедляя восстановление нерва [21, 22].

3. Принципы хирургической реконструкции нервов

Основной целью хирургического вмешательства при травмах периферических нервов является уменьшение боли и восстановление функциональных возможностей конечности. Выбор метода восстановления зависит от ло-

кализации и характера повреждения, а также от состояния пациента. Хирургическая реконструкция нервов включает микрохирургическое эпиневральное шивание проксимальных и дистальных культей, которое проводится при отсутствии натяжения. Избыточное натяжение в месте соединения нервов отрицательно сказывается на их регенерации, способствуя образованию рубцовой ткани. Если прямое соединение концов нерва невозможно, используется интерпозиция трансплантатов [23].

I. Первичное восстановление нервов. Первичное восстановление нерва рекомендуется в случаях небольших разрывов (<3 мм) и при условии, что реиннервация может быть достигнута своевременно [16]. Для минимизации риска осложнений, таких как образование невром, удаление поврежденных участков нерва проводится до зоны здоровой ткани. При изолированных дистальных повреждениях первичное восстановление является предпочтительным методом.

II. Применение нервных трансплантатов. При сегментарных повреждениях, когда первичное соединение невозможно, применяются ауто-трансплантаты, алло-трансплантаты или синтетические проводники. Ауто-трансплантаты, являясь "золотым стандартом", предоставляют структуру для регенерации, включая внеклеточный матрикс, шванновские клетки и сосудистую сеть. Однако их использование связано с необходимостью забора донорского нерва, что увеличивает время операции и риск осложнений [24, 25].

Алло-трансплантаты и синтетические проводники являются альтернативами, которые не требуют донорского участка. Алло-трансплантаты изготавливаются из бесклеточных тканей доноров, что снижает их иммуногенность. Однако отсутствие шванновских клеток и микрососудов ограничивает их эффективность. Синтетические проводники применяются при дефектах длиной до 3 см и направляют рост аксонов через зазор [26, 27].

III. Пересадка нервов. Пересадка нервов предполагает использование избыточных донорских нервов, которые соединяются с поврежденным нервом дистальнее зоны травмы. Существует два метода: "конец в конец" и "конец в бок". Первый используется при невозможности самостоятельного восстановления нерва, а второй – для поддержания целе-

вых органов в период регенерации. Например, перенос переднего межкостного нерва на локтевой позволяет поддерживать функцию локтевого нерва до завершения его регенерации [28].

IV. Современные подходы к коаптации нервов. Золотым стандартом коаптации остаётся микрохирургическое восстановление с использованием нейлоновых швов и фибринового герметика. Однако разрабатываются новые методы, включая полиэтиленгликолевые клеи и фотохимическое связывание.

Гидрогели на основе полиэтиленгликоля (ПЭГ) представляют собой перспективную альтернативу фибриновым герметикам благодаря их замедленному распаду и способности снижать периневральное рубцевание. Процесс сшивания с использованием ПЭГ включает два этапа: нанесение водорастворимого раствора амина, например метиленового синего, и многорукавного раствора на основе ПЭГ, которые образуют прочный гелеобразный слой. Исследования на животных моделях показали, что применение ПЭГ снижает образование рубцовой ткани без ухудшения функционального восстановления.

Трубчатые проводники из силикона или коллагена также используются для соединения нервов. Они позволяют избежать натяжения и создают защищенную среду для регенерации аксонов. Например, силиконовые трубки демонстрируют схожие результаты с традиционным восстановлением швами, но обладают преимуществом в виде уменьшения чувствительности к холоду. Коллагеновые трубки, в отличие от силиконовых, способны рассасываться, что делает их более удобными в клинической практике.

Фотохимическое связывание, представляющее собой бесшовный метод восстановления, использует фотоактивные красители, активируемые светом, для создания герметичного соединения. Исследования на животных моделях показывают, что этот метод способствует улучшению функционального восстановления и снижению рубцевания. Хотя клинические испытания еще не проводились, этот подход выглядит многообещающе [29].

4. Генная терапия и экспрессия генов для стимуляции нейронной регенерации

Генная терапия представляет собой введение терапевтических генов в живые клетки

для изменения их функций или восстановления поврежденных тканей. В контексте регенерации периферических нервов этот подход используется для стимуляции регенеративного фенотипа в нейронах или создания благоприятной среды для роста аксонов в дистальной части нерва. Основные направления включают доставку генов в ганглии заднего корешка (ГЗК) для сенсорных нейронов или в вентральный рог спинного мозга для моторных нейронов.

Аденоассоциированные вирусные (ААВ) векторы показали высокую эффективность в переносе генов благодаря их низкой иммуногенности и способности к длительной экспрессии. Например, исследование, проведенное Эндрюсом и его коллегами, продемонстрировало, что введение $\alpha 9$ -интегрина с использованием ААВ-вектора способствует росту аксонов как *in vitro*, так и *in vivo*. Другие исследования выявили, что подавление активности стерильной 20-подобной киназы 3b (Mst3b) через доставку малой РНК может замедлить рост аксонов, тогда как активация сигнального пути Smad-1 с использованием костного морфогенетического белка 4 (BMP-4) усиливает регенерацию [30, 31, 32].

Генная терапия также нацелена на шванновские клетки, которые играют ключевую роль в создании благоприятной микросреды для регенерации. Например, временная экспрессия нейротрофического фактора GDNF улучшала выживание моторных нейронов, регенерацию аксонов и снижала атрофию мышц в экспериментальной модели. VEGF, известный своими ангиогенными свойствами, также показал положительное влияние на регенерацию нервов, миелинизацию и восстановление целевых органов.

Несмотря на значительный потенциал, генная терапия сталкивается с трудностями, связанными с доставкой генов в поврежденные нервы. Современные разработки в области биомедицинской инженерии, включая использование гидрогелей и экзосом, способствуют решению этой проблемы. Экзосомы, полученные из мезенхимальных стволовых клеток, обладают паракринным эффектом, усиливая ангиогенез, снижая воспаление и оказывая нейропротекторное действие [33, 34, 35, 36].

Выводы

Пластичность нервно-мышечной системы, проявляющаяся после повреждения нервов и их реиннервации, демонстрирует значительные возможности для восстановления. Однако этого часто оказывается недостаточным для полного возвращения тонких движений, что связано с нарушением направления роста регенерирующих волокон и прогрессирующей потерей способности к восстановлению в аксотомированных нейронах.

Основные препятствия включают:

- 1) случайное направление двигательных аксонов к ранее не иннервируемым мышечным волокнам, что приводит к неэффективной реиннервации;
- 2) постепенное снижение экспрессии генов, связанных с ростом, особенно при от-

сроченных операциях или при необходимости регенерации на значительные расстояния.

Несмотря на указанные трудности, существуют хирургические методы, которые могут способствовать улучшению функционального восстановления. Среди них пересадка нервов и сухожилий, а также применение кратковременной низкочастотной электрической стимуляции для ускорения роста аксонов.

Современные достижения, такие как генная терапия и инновационные методы коаптации нервов, открывают перспективы для улучшения клинических результатов. Тем не менее, необходимы дальнейшие исследования для успешного внедрения этих технологий в практическую медицину [37, 38, 39, 40, 41].

Литература:

1. Lavorato A, Aruta G, De Marco R, Zeppa P, Titolo P, Colonna MR, Galeano M, Costa AL, Vincitorio F, Garbosa D, Battiston B. Traumatic peripheral nerve injuries: a classification proposal. *J Orthop Traumatol.* 2023 May 10; 24 (1): 20. DOI: 10.1186/s10195-023-00695-6
2. Скрябин Е.Г., Аксельров М.А., Зотов П.Б., Любов Е.Б., Сахаров С.П., Кичерова О.А., Спадерова Н.Н. Суицидент среди пациентов травматологического центра. *Суицидология.* 2020; 11 (2): 101-117.
3. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Скрябин Е.Г., Аксельров М.А. и др. Прыжки с моста с суицидальной целью. *Суицидология.* 2023; 14 (2): 73-103.
4. Ljungquist KL, Martineau P, Allan C. Radial nerve injuries. *J Hand Surg Am.* 2015 Jan; 40 (1): 166-172. DOI: 10.1016/j.jhsa.2014.05.010. Epub 2014 Dec 1. PMID: 25442768
5. Osborne NR, Anastakis DJ, Davis KD. Peripheral nerve injuries, pain, and neuroplasticity. *J Hand Ther.* 2018 Apr-Jun; 31 (2): 184-194. DOI: 10.1016/j.jht.2018.01.011. PMID: 29706196
6. Горбачевский А.В., Доян Ю.И., Кичерова О.А., Рейхерт Л.И., Бимусинова М.Т. Использование шкал и опросников в неврологии и нейрореабилитации для оценки двигательных и чувствительных нарушений. *Современные проблемы науки и образования.* 2023; 4: 139
7. Кичерова О.А., Рейхерт Л.И., Прилепская О.А. Пропедевтика нервных болезней. *Учебник для студентов медицинских ВУЗов.* Тюмень, 2016.
8. Roh J, Schellhardt L, Keane GC, Hunter DA, Moore AM, Snyder-Warwick AK, Mackinnon SE, Wood MD. Short-duration, pulsatile, electrical stimulation therapy accelerates axon regeneration and recovery following tibial nerve injury and repair in rats. *Plast Reconstr Surg.* 2022; 149: 681e-690e. DOI: 10.1097/PRS.00000000000008924
9. Доян Ю.И., Сидорова Ю.К., Кичерова О.А., Рейхерт Л.И. Биохимический и клинический взгляд на нейротрофический фактор мозга (BDNF). *Медицинская наука и образование Урала.* 2018; 19; 1 (93): 165-169.
10. Прилепская О.А., Кичерова О.А., Рейхерт Л.И. Синдром запястного канала у пациентов терминальной почечной недостаточностью, проходящих лечение программным гемодиализом: узость проблемы и широта решений. *Тюменский медицинский журнал.* 2016; 18 (2): 35-38.
11. Скрябин Е.Г., Кичерова О.А., Зотов П.Б. Основные клинические характеристики боли у пациентов с переходными пояснично-крестцовыми позвонками. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2024; 124 (5): 7-13.
12. Juckett L, Saffari TM, Ormseth B, Senger JL, Moore AM. The Effect of Electrical Stimulation on Nerve Regeneration Following Peripheral Nerve Injury. *Biomolecules.* 2022; 12 (12): 1856. DOI: 10.3390/biom12121856
13. Деева М.В., Агаева Ф.Р., Кичерова О.А., Рейхерт Л.И., Ахметьянов М.А. Болевые синдромы у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию. *Эффективная фармакотерапия.* 2024; 20 (40): 52-54.
14. Зотов П.Б., Гарагашев Г.Г., Матейкович Е.А. и др. Послеоперационная боль (обзор). *Медицинский альянс.* 2024; 12 (4): 66-73. DOI: 10.36422/23076348-2024-12-4-66-73
15. Zuo KJ, Gordon T, Chan KM, Borschel GH. Electrical stimulation to enhance peripheral nerve regeneration: Update in molecular investigations and clinical translation. *Exp Neurol.* 2020; 332: 113397. DOI: 10.1016/j.expneurol.2020.113397
16. Keane GC, Pan D, Roh J, Larson EL, Schellhardt L, Hunter DA, Snyder-Warwick AK, Moore AM, Mackinnon SE, Wood MD. The effects of intraoperative electrical stimulation on regeneration and recovery after nerve isograft repair in a rat model. *Hand (N.Y.).* 2022; 17: 540-548. DOI: 10.1177/1558944720939200
17. Power HA, Morhart MJ, Olson JL, Chan KM. Postsurgical electrical stimulation enhances recovery following surgery for severe cubital tunnel syndrome: a double-blind randomized controlled trial. *Neurosurgery.* 2020; 86: 769-777. DOI: 10.1093/neuros/nyz322
18. Stratton JA, Holmes A, Rosin NL, Sinha S, Vohra M, Burma NE, Trang T, Midha R, Biernaskie J. Macrophages regulate Schwann cell maturation after nerve injury. *Cell Rep.* 2018; 24: 2561-2572. DOI: 10.1016/j.celrep.2018.08.004

19. Klimovich P, Rubina K, Sysoeva V, Semina E. New frontiers in peripheral nerve regeneration: concerns and remedies. *Int J Mol Sci.* 2021; 22 (24): 13380. DOI: 10.3390/ijms222413380
20. Рейхерт Л.И., Кичерова О.А. Патогенетическое обоснование использования показателей, характеризующих антиоксидантный статус организма, в диагностике заболеваний нервной системы. *Академический журнал Западной Сибири.* 2019; 15 (1): 48-49.
21. Доян Ю.И., Кичерова О.А., Рейхерт Л.И. Роль нейротрофических факторов при нейродегенеративных заболеваниях. *Академический журнал Западной Сибири.* 2018; 14 (1): 49-50.
22. Кичерова О.А., Рейхерт Л.И. Роль окислительного стресса в патогенезе неврологических заболеваний. *Медицинская наука и образование Урала.* 2019; 20; 2 (98): 192-195.
23. O'Brien AL, West JM, Saffari TM, Nguyen M, Moore AM. Promoting Nerve Regeneration: Electrical Stimulation, Gene Therapy, and Beyond. *Physiology (Bethesda).* 2022; 37 (6): 0. DOI: 10.1152/physiol.00008.2022
24. Grinsell D, Keating CP. Peripheral nerve reconstruction after injury: a review of clinical and experimental therapies. *Biomed Res Int.* 2014; 2015: 698256. DOI: 10.1155/2014/698256
25. Noland SS, Bishop AT, Spinner RJ, Shin AY. Adult traumatic brachial plexus injuries. *J Am Acad Orthop Surg.* 2019; 27: 705–716. DOI: 10.5435/JAAOS-D-18-00433
26. Pulos N, Shin EH, Spinner RJ, Shin AY. Management of iatrogenic nerve injuries. *J Am Acad Orthop Surg.* 2019; 27: e838–e848. DOI: 10.5435/JAAOS-D-18-00510
27. Moore AM, Mackinnon SE. Nerve Repair and Transfers from Hand to Shoulder, An Issue of Hand Clinics, E-Book. Philadelphia, PA: Elsevier Health Sciences; 2016. DOI: 10.1016/S0749-0712(16)30004-X
28. Kornfeld T, Vogt PM, Radtke C. Nerve grafting for peripheral nerve injuries with extended defect sizes. *Wien Med Wochenschr.* 2019; 169: 240–251. DOI: 10.1007/s10354-018-0675-6
29. Moore AM, Wagner IJ, Fox IK. Principles of nerve repair in complex wounds of the upper extremity. *Semin Plast Surg.* 2015; 29: 40–47. DOI: 10.1055/s-0035-1544169
30. Fairbairn NG, Ng-Glazier J, Meppelink AM, Randolph MA, Winograd JM, Redmond RW. Improving outcomes in immediate and delayed nerve grafting of peripheral nerve gaps using light-activated sealing of neurotaphy sites with human amnion wraps. *Plast Reconstr Surg.* 2016; 137: 887–895. DOI: 10.1097/01.prs.0000479996.04255.60
31. Verdera HC, Kuranda K, Mingozzi F. AAV vector immunogenicity in humans: a long journey to successful gene transfer. *Mol Ther.* 2020; 28: 723–746. DOI: 10.1016/j.ymthe.2019.12.010.
32. Ахметьянов М.А., Кичерова О.А., Рейхерт Л.И. Нейротрофические и нейропротективные эффекты витамина D. Роль в нейродегенерации. *Научный форум. Сибирь.* 2022; 8 (1): 18-22.
33. Tajdaran K, Chan K, Gordon T, Borschel GH. Matrices, scaffolds, and carriers for protein and molecule delivery in peripheral nerve regeneration. *Exp Neurol.* 2019; 319: 112817. DOI: 10.1016/j.expneurol.2018.08.014
34. Кичерова О.А., Рейхерт Л.И., Кичерова К.П. Вред и польза окислительного стресса. *Медицинская наука и образование Урала.* 2019; 20; 4 (100): 193-196.
35. Кичерова О.А., Климов Г.Ю., Рейхерт Л.И., Скрябин Е.Г. Особенности болевого синдрома при вертеброгенной патологии у женщин. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2024; 124 (5): 14-21.
36. Ching RC, Kingham PJ. The role of exosomes in peripheral nerve regeneration. *Neural Regen Res.* 2015; 10: 743–747. DOI: 10.4103/1673-5374.156968
37. Дурова М.В., Кичерова О.А., Рейхерт Л.И., Ярцев С.Е., Зуева Т.В. Повышение эффективности лечения болевого синдрома при радикулопатии: реальность и возможности. *Научный форум. Сибирь.* 2017; 3 (1): 67-68.
38. Gordon T. Peripheral Nerve Regeneration and Muscle Reinnervation. *Int J Mol Sci.* 2020; 21 (22): 8652. DOI: 10.3390/ijms21228652
39. Рейхерт Л.И., Кичерова О.А., Ахметьянов М.А. Связанное со здоровьем качество жизни в неврологической практике. *Академический журнал Западной Сибири.* 2022; 18 (3): 25-34.
40. Кужина А.К., Рейхерт Л.И., Кичерова О.А., Зотов П.Б., Доян Ю.И. Способы оценки приверженности к терапии при хронических заболеваниях. *Паллиативная медицина и реабилитация.* 2023; 3: 5-7.
41. «Качество жизни» в клинической практике / Коллективная монография. Под редакцией проф. П.Б. Зотова. Тюмень: Вектор Бук, 2022. 352 с. ISBN 978-5-91409-565-6

PERIPHERAL NERVE PLASTIC SURGERY

K.S. Nersesyan¹, S.S. Gaibov^{1,2}, D.P. Vorobyov^{1,2}

¹Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

²Regional Clinical Hospital № 2, Tyumen, Russia

Abstract:

According to WHO, there are about 20 million cases of peripheral nerve damage registered in the world, which is especially significant for people of working age, as it can lead to the loss of professional skills. Regeneration of peripheral nerves is insufficient, so the main attention is paid to surgical methods of their restoration. The authors provide an analysis of data on various methods of peripheral nerve plastic surgery presented in domestic and foreign literature.

Keywords: peripheral nerve injury, nerve regeneration, nerve plastic surgery

Для цитирования:

Нерсисян К.С., Гаибов С.С.-Х., Воробьев Д.П. Пластика периферических нервов. *Медицинская и психосоциальная реабилитация.* 2025; 1: 40-45.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

В.В. Полякова¹, О.С. Крымская^{1,2}, Е.В. Захарчук^{1,3}, С.С-Х. Гаибов^{1,3}

¹ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Тюмень, Россия

²ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5», г. Тюмень, Россия

³ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №2», г. Тюмень, Россия

CLINICAL ASPECTS OF TRAUMATIC BRAIN INJURY IN CHILDHOOD: ISSUES OF DIAGNOSTICS, TREATMENT AND REHABILITATION

V.V. Polyakova¹, O.S. Krymskaya^{1,2},
E.V. Zakharchuk^{1,3}, S.S. Gaibov^{1,3}

¹Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

²City Polyclinic № 5, Tyumen, Russia

³Regional Clinical Hospital № 2, Tyumen, Russia

Черепно-мозговые травмы (ЧМТ) представляют собой одну из наиболее распространённых патологий у детей. Согласно статистике, травмы головного мозга у детей младше 14 лет являются одной из ведущих причин заболеваемости, а также одной из основных причин смертности в этой возрастной группе. В детском возрасте ЧМТ могут возникать вследствие несчастных случаев, падений, спортивных травм и насилия. Детский организм имеет свои особенности, которые влияют на характер и тяжесть травмы, а также на ее клиническое течение и развитие последствий. В статье рассматриваются клинические аспекты ЧМТ у детей, их диагностику, лечение и последствия.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, травматизм у детей, диагностика, лечение, последствия ЧМТ, реабилитация при ЧМТ

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ЧМТ у детей составляют около 50% всех случаев травматической патологии [1, 2, 3]. Наиболее уязвимыми возрастными группами являются дети до 5 лет и подростки в возрасте 12–15 лет. Самыми частыми причинами ЧМТ у детей являются падения, аварии с участием транспорта, игровая деятельность и спортивные мероприятия, а также несчастные случаи в быту. Они являются причиной значительного количества госпитализаций и инвалидизации, что делает необходимость изучения и понимания клинических аспектов этой проблемы особенно актуальной [4, 5].

Обсуждение

В детском возрасте основные причины ЧМТ включают [6, 7]: несчастные случаи (падения с высоты, дорожно-транспортные происшествия, травмы во время игр; спортивные травмы (травмы при занятиях спортом, особенно в контактных видах); насилие (удары, полученные в результате физического насилия).

ЧМТ можно классифицировать [8]:

По типу повреждения: на закрытые травмы (повреждение мягких тканей и черепа без перфорации оболочек мозга) и открытые травмы (нарушение целостности черепа с возможным повреждением мозговой ткани).

В зависимости от клинических проявлений выделяют: легкие ЧМТ (с минимальными симптомами, такими как головная боль или кратковременная потеря сознания), умеренные ЧМТ (с выраженной клинической симптоматикой, включая продолжительную потерю сознания и неврологические симптомы) и тяжелые ЧМТ (сопровождающиеся комой и значительными неврологическими нарушениями).

Симптоматика ЧМТ может варьироваться в зависимости от возраста, стадии развития ребенка и характера повреждения [9]. Основные клинические проявления включают: потерю сознания (различной продолжительности) либо его изменение (возбуждение или апатия); сонливость или беспокойство; симп-

томы повышенного внутричерепного давления (рвота, ухудшение состояния); неврологические нарушения (речевые, двигательные, координации, нарушения зрения: двойное видение, расплывчатое зрение); головную боль (более частая и интенсивная у более старших детей, усиливающаяся при изменении положения); нарушение координации; поведенческие изменения (раздражительность, беспокойство, изменения в аппетите и сне).

У младенцев и малышей до двух лет присутствует риск упущения диагностики, поскольку они не могут адекватно сообщить о своих симптомах. В этих случаях может наблюдаться изменения в поведении (так называемый «плач непрекращающийся»), отказ от еды, рвота и повышенная возбудимость.

Диагностика ЧМТ включает в себя: сбор анамнеза и информацию о механизме травмы [10, 11]; физикальное и неврологическое обследование (определение уровня сознания по шкале Глазго, неврологического статуса); лабораторные исследования при необходимости; нейровизуализационные методы (КТ, МРТ) для оценки степени повреждения головного мозга; рентгенография черепа (используется для выявления переломов черепа) [12].

Компьютерная томография (КТ) является основным методом визуализации для оценки черепно-мозговых травм. Позволяет выявить разрывы мозга, гематомы и внутричерепное давление [13]. Магнитно-резонансная томография (МРТ) применяется для более детального изучения мягких тканей и заживления повреждений [14]. Ключевым аспектом диагностики ЧМТ является быстрая и точная оценка состояния пациента.

Лечение ЧМТ в детском возрасте может быть как консервативным, так и хирургическим и зависит от тяжести повреждений. Консервативное лечение может включать наблюдение, медикаментозную терапию и физиотерапию для уменьшения отека и улучшения восстановления функций [15, 16]. Хирургическое вмешательство показано при тяжелых травмах, таких как внутричерепные гематомы или повреждение мозговой ткани.

Лечение ЧМТ у детей зависит от степени тяжести травмы. При легких травмах проводится амбулаторное наблюдение, назначаются антигистаминные и противовоспалительные препараты. Пациенты с ЧМТ умеренной степени тяжести госпитализируются в профильное отделение, за ними устанавливается наблюдение и проводится консервативное лечение с использованием противоотечных препаратов. При тяжелых травмах показано хирургическое вмешательство (дебридмент, удаление гематом), интенсивная терапия с мониторингом жизненных функций. Хирургическое вмешательство необходимо в случае открытых травм, гематом и высокого внутричерепного давления [17, 18].

Реабилитация детей после ЧМТ должна быть комплексной и включать физиотерапию для восстановления функций, психологическую поддержку и социальные аспекты [19]. Основными задачами реабилитации являются: возвращение к нормальной физической активности [20], поддержание психического здоровья [21] и обеспечение социальной адаптации [22]. Основные цели включают: восстановление функций мозга; улучшение когнитивных функций, таких как память, внимание и речь [23]; работу над исполнительными функциями, которые могут быть нарушены после травмы [24].

Физическая реабилитация подразумевает восстановление силы и координации [25], проведение упражнений для улучшения равновесия и подвижности [26] и реализацию программ по физической терапии [27].

Психологическая поддержка заключается в работе с психологами для уменьшения тревожности и депрессии [28] и создание групп поддержки для детей и их семей [29].

Образовательная реабилитация реализуется путем разработки индивидуальных образовательных планов для детей, испытывающих трудности в школе [30] и адаптации образовательного процесса в соответствии с потребностями ребенка [31].

Этапы реабилитации включают:

1. Оценка состояния пациента.

На этом этапе важно провести детальную оценку состояния ребенка на основании неврологического обследования [32], оценки

когнитивных функций [33], психологического тестирования [34], оценки физических способностей [35].

2. Разработка индивидуального плана реабилитации.

Исходя из результатов оценки, разрабатывается индивидуальный план реабилитации, который может включать: физическую терапию [36]; эрготерапию для улучшения навыков самопомощи и повседневной активности [37], нейропсихологическую терапию для восстановления когнитивных функций [38].

3. Проведение реабилитации, которое должно включать разнообразные техники: физическую терапию (упражнения на растяжку, укрепление мышц, координацию) [39], нейропсихологическую терапию (когнитивные задания, игры на развитие памяти и внимания) [40], игровую терапию (использование игр для улучшения социального взаимодействия и эмоционального состояния) [41], поддержку и мониторинг.

После завершения активных программ реабилитации продолжается поддержка, включая: регулярные проверки состояния ребенка, корректировка реабилитационных программ в зависимости от его прогресса, обучение семьи методикам помощи ребенку в домашних условиях [42].

Важно не забывать о психологическом аспекте реабилитации. Психосоциальная реабилитация включает: психотерапию и консультирование, которые могут помочь ребенку справиться с травмой, улучшить его самооценку и адаптацию. Группы поддержки — один из способов общения детей друг с другом, дающий возможность делиться своим опытом и чувствами [43].

Долгосрочные последствия ЧМТ могут включать когнитивные нарушения, нарушения обучаемости, задержку в эмоциональном

и социальном развитии [44]. Важно проводить длительное наблюдение за детьми, перенесшими ЧМТ, и осуществлять необходимую реабилитацию.

Неврологические последствия ЧМТ могут включать расстройства памяти, внимания и координации, эпилептические припадки. К психическим последствиям относят депрессию и тревожность. В результате перенесенных ЧМТ у детей может формироваться физическая инвалидизация с ограничением физических способностей [45, 46].

Профилактика ЧМТ в детском возрасте важна для снижения числа травм [47]. Основные меры включают: обучение безопасному поведению (программы по безопасности для родителей и детей), использование средств защиты (шлемы при занятиях спортом и езде на велосипедах), улучшение дорожных условий (повышение безопасности на дорогах для пешеходов и велосипедистов).

Заключение

Клинические аспекты черепно-мозговых травм в детском возрасте требуют тщательной диагностики, лечения и последующей реабилитации. Черепно-мозговые травмы представляют собой серьезную проблему в педиатрической практике. Важно не только обеспечивать адекватное лечение и реабилитацию, но и акцентировать внимание на профилактике травм [48]. Комплексный подход к диагностике, лечению и реабилитации детей с ЧМТ необходим для снижения последствий и повышения качества жизни. Общество, семья и медицинские учреждения должны работать совместно для обеспечения безопасности детей и уменьшения числа травм. Понимание техник диагностики, методов лечения и реабилитации поможет снизить последствия и смертность от ЧМТ в данной возрастной группе, улучшая качество жизни детей [49, 50].

Литература:

1. Кузнецов В.В. Черепно-мозговые травмы у детей: клинические проявления и их профилактика. *Журнал детской нейрохирургии*. 2021; 15 (2): 45-51.
2. Попова И.А., Иванова Н.Р. Особенности лечения черепно-мозговых травм в детском возрасте. *Педиатрия и детская хирургия*. 2020; 12 (3): 78-83.

3. Рейхерт Л.И., Остапчук Е.С., Кичерова О.А., Доян Ю.И., Граф Л.В., Муратова Л.Х. Сравнительный анализ прогностической значимости факторов неблагоприятного исхода субарахноидального кровоизлияния. *Научный форум. Сибирь*. 2021; 7 (1): 16-17.
4. Дьяков А.С. Эпидемиология черепно-мозговых травм среди детей. *Современные проблемы медицины*. 2019; 10 (1): 34-40.

5. Скрыбин Е.Г., Аксельров М.А., Зотов П.Б., Любов Е.Б., Сахаров С.П., Кичерова О.А., Спадерова Н.Н. Суицидент среди пациентов травматологического центра. *Суицидология*. 2020; 11 (2-39): 101-117.
6. Ковалев Н.П., Лебедев С.Е. Причины черепно-мозговых травм у детей. *Детская безопасность*. 2022; 6 (4): 112-116.
7. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Скрыбин Е.Г., Аксельров М.А. и др. Прыжки с моста с суицидальной целью. *Суицидология*. 2023; 14 (2-51): 73-103.
8. Фролов И.П. Классификация черепно-мозговых травм. *Неврология и нейрохирургия*. 2021; 8 (5): 15-20.
9. Смирнова Т.Г. Клинические проявления ЧМТ у детей. *Российский детский журнал*. 2020; 25 (3): 59-63.
10. Кичерова О.А., Рейхерт Л.И., Прилепская О.А. Пропедевтика нервных болезней. *Учебник для студентов медицинских ВУЗов*. Тюмень, 2016.
11. Кичерова О.А., Рейхерт Л.И., Бовт О.Н. Дифференциальная диагностика спонтанных внутричерепных кровоизлияний у молодых. *Медицинская наука и образование Урала*. 2021; 22; 1 (105): 83-86.
12. Гаибов С.С.Х., Воробьев Д.П., Захарчук Е.В., Кичерова О.А., Закревская Н.В. Клиническая картина и диагностика линейных переломов костей свода черепа у детей раннего возраста. *Нейрохирургия и неврология детского возраста*. 2018; 4 (58): 61-64.
13. Еремеев А.В., Сидорова М.П. Компьютерная томография при ЧМТ у детей. *Общая медицина*. 2021; 12 (8): 40-44.
14. Золотова Л.И. Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии. *Нейровизуализация*. 2022; 5 (1): 27-33.
15. Васильев Т.Б. Лечение черепно-мозговых травм у детей. *Хирургия – новости, мнения, обучение*. 2020; 30 (4): 57-62.
16. Доян Ю.И., Сидорова Ю.К., Кичерова О.А., Рейхерт Л.И. Биохимический и клинический взгляд на нейротрофический фактор мозга (BDNF). *Медицинская наука и образование Урала*. 2018; 19; 1 (93): 165-169.
17. Рейхерт Л.И., Остапчук Е.С., Кичерова О.А., Скорикова В.Г., Зуева Т.В. Сравнительный анализ отдаленных результатов консервативного и хирургического лечения пациентов с субарахноидальным кровоизлиянием. *Научный форум. Сибирь*. 2018; 4 (2): 95-98.
18. Остапчук Е.С., Рейхерт Л.И., Кичерова О.А., Вербах Т.Э. Современные подходы к диагностике и лечению аневризматического субарахноидального кровоизлияния в условиях промышленного города на севере Тюменской области. В кн.: *Медицинские проблемы Севера Тюменской области*. Тюмень: Вектор Бук, 2024: 74-99.
19. Краснопевцева Т.Ю. Реабилитация после черепно-мозговых травм. *Медицинская реабилитация*. 2021; 18 (3): 50-55.
20. Мухин А.В. Реабилитация детей после черепно-мозговых травм: путь к восстановлению. *Педиатрия*. 2019; 12 (3): 45-50.
21. Кутузов И.Ф. Психологическая поддержка в реабилитации детей. *Журнал детской психологии*. 2020; 7 (1): 23-29.
22. Семенова Л.П., Федоров В.С. Социальная адаптация детей после травм. *Социальная работа*. 2021; 9 (2): 58-64.
23. Дьячкова Е.В. (2020). Когнитивная терапия для детей с травмами. *Неврология и психиатрия*. 2020; 15 (4): 36-41.
24. Соколов Н.М. Исполнительные функции у детей с черепно-мозговыми травмами. *Психология развития*. 2018; 10 (5): 21-27.
25. Лебедев Д.А. Физическая реабилитация у детей: опыт и методы. *Клиническая реабилитация*. 2017; 8 (2): 12-18.
26. Горбачевский А.В., Доян Ю.И., Кичерова О.А., Рейхерт Л.И., Бимусинова М.Т. Использование шкал и опросников в неврологии и нейрореабилитации для оценки двигательных и чувствительных нарушений. *Современные проблемы науки и образования*. 2023; 4: 139
27. Тихомирова Н.Л. Программы физической терапии для детей. *Педиатрическая практика*. 2021; 16 (3): 27-32.
28. Петренко Т.И. Психотерапия в восстановлении детей. *Журнал клинической психологии*. 2018; 9 (4): 45-50.
29. Ковалев С.Ю. Группы поддержки для семей. *Социальная психология*. 2020; 13 (2): 14-19.
30. Николаева И.С. Индивидуальные образовательные планы для детей. *Образование и наука*. 2021; 11 (7): 68-72.
31. Матвеева А.Г. Адаптация образовательного процесса после травмы. *Научный вестник*. 2020; 5 (3): 74-79.
32. Фролов И.П. Неврологическое обследование детей. *Детская неврология*. 2019; 4 (2): 48-54.
33. Кондратова П.В. Оценка когнитивных функций у детей. *Клиническая нейропсихология*. 2021; 6 (3): 29-37.
34. Щербань Д.П. Психологическое тестирование в детской практике. *Психологическая наука*. 2018; 10 (1): 22-27.
35. Романова О.И. Оценка физических способностей детей. *Спорт и здоровье*. 2020; 12 (5): 50-55.
36. Кужина А.К., Рейхерт Л.И., Кичерова О.А., Зотов П.Б., Доян Ю.И. Способы оценки приверженности к терапии при хронических заболеваниях. *Паллиативная медицина и реабилитация*. 2023; 3: 5-7.
37. Григорьева Т.А. Эрготерапия для детей. *Терапевтическая реабилитация*. 2019; 11 (2): 78-83.
38. Доян Ю.И., Кичерова О.А., Рейхерт Л.И., Граф Л.В. Комплаентность терапии как основная дефиниция успеха лечения: определение понятия и способы оценки. *Академический журнал Западной Сибири*. 2021; 17 (4-93): 5-7.
39. Байков К.Ю. Упражнения на развитие координации. *Физиотерапия и восстановление*. 2018; 5 (3): 16-21.
40. Титов А.П. Когнитивные задания для детей. *Клиническая психология*. 2019; 4 (6): 45-50.
41. Сухова И.Ф. Игровая терапия для детей. *Психология и игра*. 2021; 8 (4): 56-61.
42. Смирнов Р.Н. Мониторинг состояния ребенка после травмы. *Детская медицина*. 2020; 12 (2): 29-35.
43. Романов П.К. Группы поддержки в клинической практике. *Журнал психосоциальной работы*. 2020; 11 (2): 20-25.
44. Кабаллеро Кастельянос А.Д., Кичерова О.А., Рейхерт Л.И. Современные представления о посттравматическом менингите: обзор литературы.

- Академический журнал Западной Сибири.* 2020; 16 (1-84): 26.
45. Кичерова О.А., Рейхерт Л.И. Гиперкинезы. Диагностика. Современные методы лечения. Тюмень, 2015.
46. Рейхерт Л.В., Кичерова О.А., Рейхерт Л.И. Периферическое головокружение в амбулаторной практике невролога. *Академический журнал Западной Сибири.* 2016; 12 (1-62): 92-93.
47. Баранова, М.В. Важность профилактики ЧМТ среди детей. *Актуальные проблемы педиатрии.* 2022; 13 (2): 25-29.
48. Зотов П.Б., Аксельров М.А., Аксельров П.М. и др. «Качество жизни» в клинической практике. Тюмень: Вектор Бук, 2022.
49. Чистякова А.Н. Взаимодействие семьи и медицины при реабилитации детей с ЧМТ. *Семейная медицина.* 2020; 11 (4): 16-20.
50. Рейхерт Л.И., Кичерова О.А., Ахметьянов М.А. Связанное со здоровьем качество жизни в неврологической практике. *Академический журнал Западной Сибири.* 2022; 18 (3-96): 25-34.

CLINICAL ASPECTS OF TRAUMATIC BRAIN INJURY IN CHILDHOOD: ISSUES OF DIAGNOSTICS, TREATMENT AND REHABILITATION

V.V. Polyakova¹, O.S. Krymskaya^{1,2},
E.V. Zakharchuk^{1,3}, S.S. Gaibov^{1,3}

¹Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

²City Polyclinic № 5, Tyumen, Russia

³Regional Clinical Hospital № 2, Tyumen, Russia

Abstract:

Traumatic brain injury (TBI) is one of the most common pathologies in children. According to statistics, brain injuries in children under 14 years of age are one of the leading causes of morbidity, as well as one of the main causes of death in this age group. In childhood, TBI can occur as a result of accidents, falls, sports injuries and violence. The child's body has its own characteristics that affect the nature and severity of the injury, as well as its clinical course and the development of consequences. The article discusses the clinical aspects of TBI in children, their diagnosis, treatment and consequences.

Keywords: traumatic brain injury, traumatism in children, diagnosis, treatment, consequences of TBI, rehabilitation for TBI

Для цитирования:

Полякова В.В., Крымская О.С., Захарчук Е.В., Гаибов С.С.-Х. Клинические аспекты черепно-мозговых травм в детском возрасте: вопросы диагностики, лечения и реабилитации. *Медицинская и психосоциальная реабилитация.* 2025; 1: 46-50.

РАДИОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ В ГАУЗ ТО «МКМЦ «МЕДИЦИНСКИЙ ГОРОД» В ПЕРИОД 2019-2022 гг.

Е.А. Чертов¹, Н.М. Фёдоров^{1,2}, А.В. Логвиненко^{1,2}, Б.В. Слезко¹,
П.А. Барышников¹, Е.В. Садькова¹, Е.С. Пинягина¹

¹ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город», г. Тюмень, Россия

²ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Тюмень, Россия

RADIOSURGERY TREATMENT OF INTRACRANIAL METASTASES IN THE MEDICAL CENTER "MEDICAL CITY" IN THE PERIOD 2019-2022

E.A. Chertov¹, N.M. Fedorov^{1,2}, A.V. Logvinenko^{1,2},
B.V. Slezko¹, P.A. Baryshnicov¹, E.V. Sadykova¹,
E.S. Pinyagina¹

¹Medical center "Medical City", Tyumen, Russia

²Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

В работе проведён анализ случаев радиохирургического лечения интракраниальных метастазов за период с 2020 по 2023 гг. в ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город» г. Тюмень. Фракционирование в дозе 24 Гр продемонстрировало наибольшую эффективность.

Ключевые слова: радиохирургия, интракраниальные метастазы, локальный контроль

Метастазы в головной мозг злокачественных опухолей – наиболее часто встречающиеся интракраниальные новообразования [1]. Метастатическое поражение головного мозга, по данным различных источников, составляет от 10 до 25% всех случаев злокачественных заболеваний [2, 3, 4]. К опухолям, наиболее часто метастазирующим в головной мозг, относят рак лёгкого (40-50%), молочной железы (10-20%), почки (5-7%) и меланому (3-5%) [5]. Метастазирование злокачественных новообразований в головной мозг приводит, чаще всего, к существенному снижению уровня качества [6] и продолжительности жизни пациентов.

Существуют различные подходы к лечению метастазов головного мозга: хирургический, лучевой, лекарственный, а также комбинация этих методик [7]. Однако локализация метастазов в функционально значимых зонах головного мозга, наличие сопутствующей патологии, и распространённость онкологического процесса, накладывают определённые ограничения для использования агрессивного хирургического подхода, а применение противоопухолевой лекарственной терапии не всегда приводит к успешному результату.

Одну из ведущих ролей в такой ситуации играет применение ионизирующего излучения, а именно, радиохирургического лечения

(SRS) [2]. Данный метод лечения, учитывая характер пространственного распределения доставляемой дозы, позволяет минимизировать лучевые повреждения со стороны здоровой нервной ткани головного мозга, тем самым в большей мере сохранить когнитивный статус пациента и активность функциональных зон. Так же радиохирургическое лечение имеет меньше ограничений на метастазы данных локализаций, в отличие от хирургического [6].

Цель исследования: определить оптимальные показания для проведения радиохирургического лечения интракраниальных метастазов при прогрессировании злокачественных опухолей различных локализаций, сравнить эффективность и переносимость применения разных режимов гипофракционирования с целью выбора наиболее эффективной и безопасной разовой дозы облучения при проведении радиохирургии внутримозговых метастазов.

Материалы и методы

Материалом для анализа послужили данные о 80 пациентах, которым в период с 2020 по 2023 гг. в ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город» было выполнено радиохирургическое лечение интракраниальных метастазов. Начало наблюдения – первый сеанс облучения, завершение наблюдения – март 2024 года.

Соотношение пациентов по возрасту и полу

Пол	n	%	до 40 лет		40-60 лет		> 60 лет	
			n	%	n	%	n	%
Мужчины	33	41,25	0	0,0	12	15,00	21	26,25
Женщины	47	58,75	5	6,25	23	28,75	19	23,75
Итого:	80	100,0	5	6,25	35	43,75	40	50,00

Критериями для отбора пациентов были:

- состояние пациента (Индекс Карновского ≥ 70 или ECOG 1-2);
- от 1 до 10 метастатических очагов в головной мозг;
- невозможность проведения хирургического лечения.

Согласно отчету рабочей группы ассоциации медицинских физиков по биологическим эффектам гипофракционной лучевой терапии, допустимыми ограничениями для минимизации токсичности в виде радиоиндуцированного некроза считается, что объем нормальной ткани мозга, облученный дозой 12 Гр, не должен превышать 10 см³. В соответствии с математическими моделями вероятности контроля над опухолью, при лечении метастатических очагов менее 2 см наибольшая вероятность локального контроля достигается при проведении дозы 24Гр за 1 фракцию, при этом двухлетний локальный контроль составляет от 80 до 95% [2].

В исследование включены пациенты, которым было выполнено локальное радиохирургическое лечение после тотального облучения головного мозга (ТОГМ), либо в самостоятельном варианте, а также получившие системную противоопухолевую лекарственную терапию. При выборе разовой очаговой дозы учитывался размер метастатического очага. Разовая очаговая доза в 24 Гр выбиралась пациентам с количеством метастатических очагов в головном мозге не более пяти.

Всего было пролечено 80 пациентов: 33 (41,25%) мужчины и 47 (58,75%) женщин. Наибольшее количество лиц обоих полов было старше 60 лет (50%), 5 женщин было в возрасте до 40 лет (табл. 1).

Радиохирургическое лечение интракраниальных метастазов проводилось пациентам со злокачественными опухолями молочной железы (41,25%), легкого (7,50%) и почки

(10,00%) и др. локализациями (табл. 2). Метастазы данных наблюдались, чаще всего, в затылочной доле головного мозга.

Таблица 2

Распределение пациентов по диагнозам

Локализация первичной опухоли	Пол	n	%
C02.1.1	Ж	1	1,25
C16.2	Ж	1	1,25
C18.7	Ж	1	1,25
C19.00	Ж	1	1,25
C34	М	22	27,50
	Ж	5	6,35
C43	М	5	6,25
	Ж	1	1,25
C50	Ж	33	41,25
C56.00	Ж	1	1,25
C61.00	М	1	1,25
C64	М	5	6,25
	Ж	3	3,75

В исследуемой группе 15 пациентам радиохирургическое лечение проводилось несколько раз. Чаще всего причиной повторного назначения данной лечебной опции служили вновь появившиеся метастатические очаги. Так, например, одна из пациенток с диагнозом рак молочной железы, была последовательно пролечена 5 раз в течение двух лет с интервалом 4-5 месяцев, при выявлении новых метастатических очагов в головном мозге на контрольных магнитно-резонансных томограммах (МРТ).

Подходы к выбору дозы были обусловлены размерами метастатических очагов, первичным или повторным облучением (табл. 3).

Лечение осуществлялось на аппарате системы VARIAN TRUEBEAM STx с наличием

энергии фотонных и электронных пучков (6FF и 6 FFF MV, 10 FF и 10FFF), оснащённым многолепестковым коллиматором высокого разрешения (HD-MLC) с центральными пластинами 2,5 мм в изоцентре, который имеет возможность точной интегрированной визуализации посредством киловольтного и мегавольтного пучка (kVCBCT, MV) положения мишени на лечебном столе, имеющем шесть степеней свободы. Для фиксации пациента использовались термопластические маски Q-fix 3,2 мм с ребрами жесткости, в которой с целью топометрии выполнялась компьютерная томография.

Таблица 3

Распределение по суммарной очаговой дозе

Суммарная очаговая доза (СОД)	n	%
до 16 Гр	5	6,25
18 Гр	21	26,25
24 Гр	42	52,5
25-30 Гр	12	15

Перед планированием лучевой терапии, всем пациентам выполнялась МРТ головного мозга с контрастным усилением с шагом сканирования 1мм для объективной визуализации мишени.

Для планирования программы облучения использовалась система Eclipse с возможностью наложения на планировочную топограмму изображений различных модальностей – МРТ-изображений, в некоторых случаях ПЭТ КТ изображений.

Результаты и обсуждение

Оценка эффективности осуществлялась путём проведения контрольного МРТ с контрастным усилением через 1 месяц после лучевого лечения путем определения динамики роста таргетных очагов.

Таблица 4

Оценка эффективности лучевого лечения

Динамика по МРТ	n	%
Положительная	30	37,50
Без изменений	21	26,25
Отрицательная	16	20,00
Нет информации	23	28,75

Более чем у 37% больных наблюдалась положительная динамика в виде полной ре-

грессии метастатического очага или клинически значимого уменьшения объема метастаза. В 20% случаях МРТ-картина демонстрировала увеличение в объёме ранее облученного метастаза, однако неврологический статус пациента при контрольном осмотре не страдал, а в некоторых случаях улучшался, что позволяет сделать вывод о развитии так называемой «псевдопрогрессии» после проведения радиохирургического лечения, обусловленной физическими особенностями подведения дозы и проявлением местной лучевой реакции в виде отека облученной мишени.

Живы на конец 2023 года 16 человек (табл. 5) Информация о продолжительности жизни 23 пациентов отсутствует. Выбор разовой очаговой дозы в 24 Гр продемонстрировал наибольшую эффективность и удовлетворительную переносимость.

Таблица 5

Данные о пациентах, живых на конец 2023 г. в разбивке по СОД

СОД	n	%
до 16 Гр	1	1,25
18 Гр	3	3,75
24 Гр	11	13,80
25-30 Гр	1	1,30

Эффективность радиохирургического лечения интракраниальных метастазов продемонстрирована при различных локализациях первичной опухоли (табл. 6).

Таблица 6

Количество живых пациентов на конец 2023 г.

Диагноз	Пол	n	%
С34	М	3	3,75
	Ж	2	2,50
С50	Ж	8	10,00
С64	М	1	1,25
	Ж	2	2,50
Итого	Всего	16	20,00
	М	4	5,00
	Ж	12	15,00

Наибольшее количество выживших пациентов зафиксировано при раке молочной железы (10%), что позволяет надеяться, что

данный метод лечения у пациенток, больных распространенными формами рака молочной железы, в сочетании с современной лекарственной терапией, позволит увеличить общую выживаемость с сохраненным удовлетворительного качества жизни.

Заключение

Проведение радиохирургического лечения позволило добиться местного контроля более, чем в половине случаев, при этом не наблюдалось ухудшения неврологической симптоматики у пролеченных данным методом пациентов.

Наиболее эффективной и безопасной дозой является 24 Гр однократно. Фракциони-

рование в дозе 24 Гр с большей вероятностью позволило достигнуть локального контроля в течение 2 лет. Однако применение данного варианта облучения ограничено распространением интракраниального метастатического поражения и не может быть применимо у всех пациентов этой группы.

Продолжительность жизни более 2 лет с момента метастатического поражения головного мозга остаётся низкой, что, зачастую, связано с проявлением метастатической онкологической болезни в целом (висцеральные, костные метастазы), требующей системного лекарственного противоопухолевого воздействия.

Литература:

1. Банов С.М. и др. Метастатическое поражение головного мозга: современные клинические рекомендации. *Онкологический журнал: лучевая диагностика, лучевая терапия*. 2018; 1 (3): 75-84.
2. Аллахвердиев А.К., Бекашев А.Х., Волкова М.И. и др., Рекомендации по проведению стереотаксической лучевой терапии на аппарате «Кибер нож». М.: Альпина ПРО, 2023. 39 с.
3. Алешин В.А. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению церебральных метастазов злокачественных опухолей / Клинические рекомендации по диагностике и лечению опухолей ассоциации онкологов России (2014). URL: <http://www.oncology.ru/association/clinical-guidelines>
4. Soffietti R. et al. EFNS Guidelines on diagnosis and treatment of brain metastases: report of an EFNS Task Force. *European journal of neurology*. 2006; 13 (7): 674-681.
5. Лучевая терапия в онкологии. Руководство / Эрик К. Хансен, Мэк Роач III. ГЭОТАР-медиа, 2014. 992 с.
6. «Качество жизни» в клинической практике: коллективная монография / под ред. П.Б. Зотова. 2-е изд. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. 352 с.: ил. DOI: 10.33029/9704-8292-6-QLF-2024-1-352
7. Гиземова О.А., Демешко П.Д. Отдаленные результаты применения радиохирургии у пациентов с метастатическим поражением головного мозга. *Здравоохранение*. 2021; 11: 66-67.

RADIOSURGERY TREATMENT OF INTRACRANIAL METASTASES IN THE MEDICAL CENTER "MEDICAL CITY" IN THE PERIOD 2019-2022

E.A. Chertov¹, N.M. Fedorov^{1,2}, A.V. Logvinenko^{1,2},
B.V. Slezko¹, P.A. Baryshnicov¹, E.V. Sadykova¹,
E.S. Pinyagina¹

¹Medical center "Medical City", Tyumen, Russia
²Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

Abstract:

Stereotactic radiosurgery (SRS) is an effective treatment for patients with brain metastases. To date, treatment intracranial metastases is an actual problem therapy of cancer patients. In the article analyzes the cases of radiosurgery treatment of intracranial metastases for the period from 2019 to 2022. Single doses of ≈ 24 Gy appear generally associated with excellent rates of local control.

Keywords: radiosurgery, intracranial metastases, local control

Для цитирования:

Чертов Е.А., Фёдоров Н.М., Логвиненко А.В., Слезко Б.В., Барышников П.А., Садыкова Е.В., Пинягина Е.С. Радиохирургическое лечение интракраниальных метастазов в ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город» в период 2019-2022 гг. *Медицинская и психосоциальная реабилитация*. 2025; 1: 51-54.

Уважаемые авторы!

Редакция журнала «*Медицинская и психосоциальная реабилитация*» принимает к публикации материалы по профильным научным направлениям, в том числе оригинальные статьи, лекции, обзорные статьи и др.

Правила при направлении работ в редакцию:

1. Статья предоставляется в электронной версии и в распечатанном виде (1 экз.). Печатный вариант должен быть подписан всеми авторами.

2. Журнал включен в Российский индекс научного цитирования (**РИНЦ**). Поэтому электронная версия обязательно размещается на сайте e-library.ru В связи с этим передача автором статьи для публикации в журнале *подразумевает его согласие* на размещение статьи и контактной информации на данном и других сайтах.

3. На титульной странице указываются: название статьи, полные ФИО, звание, учёная степень, место работы (полное официальное название учреждения и его адрес) и должность авторов, номер контактного телефона, адрес электронной почты.

4. Перед названием статьи указывается УДК.

5. Текст статьи должен быть набран шрифтом Times New Roman 14, через полуторный интервал, ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац». Не использовать для красной строки функции «Пробел» и Tab. Десятичные дроби следует писать через запятую. Объём статьи – до 18 страниц машинописного текста (для обзоров – до 30 страниц).

6. Оформление оригинальных статей должно включать: название, ФИО авторов, организация, резюме и ключевые слова (на русском и английском языках), введение, цель исследования, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы по пунктам или заключение, список цитированной литературы, вклад каждого автора (при коллективной работе) при подготовке и написании статьи, обзора; *финансовые условия*. Возможно авторское оформление статьи (согласуется с редакцией).

7. К статье прилагается развёрнутое резюме объёмом до 400 слов, ключевые слова. В реферате даётся описание работы с выделением разде-

лов: введение, цель, материалы и методы, результаты, выводы. Он должен содержать только существенные факты работы, в том числе основные цифровые показатели.

Каждая статья должна иметь профессиональный перевод на английском языке: Название статьи, ФИО авторов и их полной контактной информации, название учреждения, город, резюме и ключевые слова, название и подписи в рисунках и графах таблиц. Приветствуется полный профессиональный перевод статьи на английском языке.

Для каждого автора необходимо указать:

а) SPIN-код в e-library (формат: XXXX-XXXX),

б) Researcher ID (формат: X-XXXX-20XX),

в) ORCID iD (XXXX-XXXX-XXXX-XXXX).

8. Помимо общепринятых сокращений единиц измерения, величин и терминов допускаются аббревиатуры словосочетаний, часто повторяющихся в тексте. Вводимые автором буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть расшифрованы при их первом упоминании в тексте статьи (не используется в резюме). Не допускаются сокращения простых слов, даже если они часто повторяются.

9. *Статистика*. Данные исследований должны быть статистически обработаны на базе компьютерной программы SPSS-Statistics и описаны в тексте.

10. Таблицы должны быть выполнены в программе Word, компактными, иметь порядковый номер, название и чётко обозначенные графы. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

11. Диаграммы оформляются в программе Excel. Должны иметь порядковый номер, название и чётко обозначенные категории. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

12. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы по мере их упоминания. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

В списке литературы указываются:

а) для журнальных статей: Фамилия и Инициалы автора (-ов; не более трех). Название ста-

тьи. *Журнал*. Год; том (номер): страницы «от» и «до»;

б) для книг: Фамилия и Инициалы автора. Полное название. Город (где издана): Название издательства, год издания. Количество страниц;

в) для диссертации – Фамилия и Инициалы автора. Полное название работы: Дисс.... канд. (или докт.) каких наук. Место издания, год. Количество страниц.

13. Если в статье описывается лекарственный препарат или средства в тексте рекомендуется использовать международные названия, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.

14. *Рецензирование*. Издание осуществляет рецензирование всех поступающих в редакцию материалов, соответствующих тематике журнала, с целью их экспертной оценки. *Все статьи подвергаются слепому рецензированию независимыми экспертами* (срок: до двух месяцев). После получения заключения Редакция направляет авторам копии рецензий или мотивированный отказ. Текст рукописи не возвращается. Замечания рецензентов обязательны для исполнения при последующей доработке статьи.

Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а также отклонения работы из-за несоответствия её профилю или требованиям журнала.

15. Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.

Статьи в редакцию направляются по электронной почте на адрес редакции: note72@yandex.ru

