

Доступная среда в госпитальных условиях: нормативные аспекты, возможные пути реализации

М. Р. Макарова¹, Д. В. Шутов^{2,3}

¹ Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы

² НП РУСМЕДИКАЛГРУПП, г. Москва

³ Тримм Медицинские Системы, г. Москва

Цель статьи: анализ отечественной нормативной документации и других открытых источников, содержащих научно обоснованные пути и способы формирования доступной среды для пациентов, вынужденных проводить часть времени в условиях медицинского стационара.

Основные положения. Применение медицинских устройств, реабилитационных приспособлений и технологий, а также обучение пациентов и обслуживающих их лиц технологиям самообслуживания и бытовой адаптации рассмотрены с позиции вовлечения хронических маломобильных и послеоперационных пациентов в активную жизнедеятельность. Подчеркнуто значение организации рабочих мест медицинского персонала в обеспечении доступной среды. Отмечена важность создания условий для проведения медицинской реабилитации как факторов доступной среды, обеспечивающих максимально свободное перемещение и физиологическое функционирование больных, находящихся на лечении в условиях стационара.

Заключение. Комплексное формирование доступной среды не только гарантирует безопасное и комфортное пребывание больного в стационаре, способствует как можно более ранней активизации и адаптации к последующему переводу в амбулаторные условия, но и позволяет максимально полно сохранить работоспособность высокопрофессиональных медицинских кадров и повысить эффективность работы медицинского учреждения.

Ключевые слова: доступная среда, стационар, маломобильные группы населения, нормативные аспекты, реабилитация.

Accessible Environment in Hospital Setting: Legal Framework, Potential Ways of Implementation

M. R. Makarova¹, D. V. Shutov^{2,3}

¹ Moscow Scientific Practical Centre of Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine of Moscow Department of Healthcare

² NP RUSMEDICALGROUP, Moscow

³ Trimm Medical Systems, Moscow

Objective: to review Russian regulatory documents and other open sources that describe valid ways and methods of creating an accessible environment for patients who spend some time in a hospital setting.

Key points. Use of medical devices, rehabilitation tools and technologies as well as educating the patients and their caregivers on self-service technologies and home adaptation are reviewed from the perspective of integrating low-mobility and post-operative patients in the active living. We stress the importance of the employment of health care practitioners and the establishment of conditions for medical rehabilitation as factors of accessible environments that provide maximum freedom of movement and physiological functioning of the patients in the hospital setting.

Conclusion. Integrated development of accessible environment not only guarantees safe and comfort stay in the hospital for the patient and promotes earlier activation and adaptation for transfer to the outpatient setting but also ensures the maximal preservation of working capacity of highly qualified health care practitioners and increases the efficiency of the medical organization.

Keywords: accessible environment, inpatient setting, people with limited mobility, regulatory aspects, rehabilitation.

Понятие «доступная среда» относительно недавно вошло в российский общественный лексикон, но уже прочно закрепилось и регламентируется государственной программой РФ «Доступная среда» на 2011–2020 гг. (далее — Программа ДС) [2]. Первые результаты применения этой программы заметны в инфраструктуре крупных российских городов, прежде всего Сочи и Казани. Отдельные элементы доступной среды встречаются в Москве, Санкт-Петербурге, Уфе и других городах.

В общественном сознании понятие «доступная среда» вызывает прямую ассоциативную связь с инвалидами. Эта категория граждан, безусловно, наиболее нуждается в такой среде. К настоящему времени теоретически обоснованы и достаточно хорошо разработаны основные принципы и пути практического обеспечения инвалидов приспособлениями и устройствами, облегчающими их

существование и повышающими коммуникативные и транспортные возможности [2, 8].

Однако помимо лиц с ограниченными возможностями во всех элементах, включенных в понятие «доступная среда», в полной мере нуждаются пациенты, находящиеся в лечебно-профилактических учреждениях, особенно имеющие тяжелые заболевания и длительное время пребывающие на стационарном лечении с временным ограничением мобильности.

Этот точка зрения находит подтверждение в положениях Программы ДС:

1) «обеспечение доступной среды для инвалидов и других маломобильных групп населения является одной из важнейших социально-экономических задач, затрагивающих права и потребности миллионов граждан Российской Федерации, проживающих как в городской, так и в сельской местности»;

Макарова Марина Ростиславовна — к. м. н., руководитель лаборатории лечебной физкультуры, кинезотерапии и остеопатии ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ. 105120, г. Москва, ул. Земляной Вал, д. 53. E-mail: makarovamr@mail.ru

Шутов Дмитрий Валериевич — д. м. н., руководитель экспертной группы НП РУСМЕДИКАЛГРУПП; заместитель генерального директора по развитию ООО «Тримм Медицинские Системы». 107113, г. Москва, ул. Лобачика, д. 15/36, стр. 2. E-mail: expert@rusmg.ru

2) «под приоритетными сферами жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения для целей Программы принимаются: здравоохранение, культура, транспортная и пешеходная инфраструктура, информация и связь, образование, социальная защита, занятость, спорт и физическая культура» (курсив наш. — Примеч. авт.).

В пункте 14 приложения 1 к Программе ДС указан целевой показатель 1.6: к 2020 г. довести долю приоритетных объектов, доступных для инвалидов и других маломобильных групп населения (МГН) в сфере здравоохранения, в общем количестве приоритетных объектов в сфере здравоохранения до 69,2% [4]. Однако в настоящее время число медицинских учреждений с полностью реализованной доступной средой ограничено, а публикаций, где анализировалась бы эффективность элементов доступной среды в медицинских учреждениях России, в отечественной литературе мы не обнаружили.

С учетом вышеизложенного целью статьи явился анализ отечественной нормативной документации и других открытых источников, содержащих научно обоснованные пути и способы формирования доступной среды для пациентов, вынужденных проводить часть времени в условиях медицинского стационара.

ПРОЕКТИРОВАНИЕ И СТРОИТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ОТВЕЧАЮЩИХ ТРЕБОВАНИЯМ ДОСТУПНОЙ СРЕДЫ

Следует отметить, что основы безбарьерной среды закладываются на этапах проектирования, перепроектирования, строительства и ремонта медицинского учреждения, поэтому для ее формирования необходимо пользоваться соответствующей нормативной базой. В приложении представлены действующие законы и подзаконные акты, каждый из которых регламентирует конкретный аспект работы по созданию элементов безбарьерной среды.

Пандусы. В здании должно быть как минимум по одному входу, приспособленному для МГН, с поверхности земли и из каждого доступного для МГН подземного или надземного перехода, соединенного с этим зданием.

Участки пола на путях движения на расстоянии 0,6 м перед входами на пандусы должны иметь рифленую и/или контрастно окрашенную поверхность.

Установленная максимальная высота одного подъема (марша) пандуса составляет 0,8 м при уклоне не более 8%. При перепаде высот пола на путях движения 0,2 м и менее уклон пандуса может быть увеличен до 10%. В исключительных случаях допускаются винтовые пандусы.

Ширина пандуса при одностороннем движении должна быть не менее 1 м, в остальных случаях — не менее 1,8 м. Площадка на горизонтальном участке пандуса при прямом пути движения или на повороте не может быть менее 1,5 м.

Вдоль обеих сторон всех пандусов, а также у всех перепадов высот более 0,45 м необходимо устанавливать ограждения с поручнями. Кроме того, следует предусматривать бортики высотой не менее 0,05 м по продольным краям маршей пандусов, а также вдоль кромки горизонтальных поверхностей при перепаде высот более 0,45 м для предотвращения соскальзывания трости или ноги, что важно не только для инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата, но и для других категорий лиц с ограниченными возможностями, в том числе слабовидящих и слабослышащих.

Лестницы. Участки пола на путях движения на расстоянии 0,6 м перед входами на лестницы должны иметь

предупредительную рифленую и/или контрастно окрашенную поверхность.

Лестницы надо дублировать пандусами, а при необходимости — другими средствами подъема.

Ширину выходов из помещений и коридоров на лестничную клетку следует предусматривать не менее 0,9 м. Ширина марша лестниц должна быть не менее 1,35 м, ширина проступей — не менее 0,3 м, высота подъема ступеней — не более 0,15 м. Уклоны лестниц допускаются не более 1 : 2.

Ступени должны быть сплошными, ровными, без выступов и с шероховатой поверхностью. Ребро ступени должно иметь закругление радиусом, не превышающим 0,05 м.

Боковые края ступеней, которые не примыкают к стенам, должны иметь бортики высотой не менее 0,02 м. Вдоль обеих сторон всех лестниц необходимо устанавливать ограждения с поручнями.

Поручни. Как отмечено ранее, вдоль обеих сторон всех лестниц и пандусов, а также у всех перепадов высот более 0,45 м необходимо устанавливать ограждения с поручнями. Поручни пандусов следует располагать на высоте 0,7 м и 0,9 м, у лестниц — на высоте 0,9 м и в дошкольных учреждениях дополнительно на высоте 0,5 м. При ширине лестниц на основных подходах к зданию 2,5 м и более надо дополнительно предусматривать разделительные поручни.

Поручень перил с внутренней стороны лестницы должен быть непрерывным по всей ее высоте. Завершающие части поручня должны быть длиннее марша или наклонной части пандуса на 0,3 м.

Дверные проемы. Двери. Входная площадка должна иметь навес, водоотвод, а в зависимости от местных климатических условий — подогрев, чтобы вход был доступен для любой категории инвалидов.

Прозрачные двери и ограждения необходимо выполнять из ударопрочного материала. На прозрачных полотнах дверей следует предусматривать яркую контрастную маркировку высотой не менее 0,1 м и шириной не менее 0,2 м, расположенную на уровне не ниже 1,2 м и не выше 1,5 м от поверхности пешеходного пути.

Поверхности покрытий входных площадок и тамбуров должны быть твердыми, не допускать скольжения при намокании и иметь поперечный уклон в пределах 1–2%.

Ширина дверных и открытых проемов в стене, как и выходов из помещений и коридоров на лестничную клетку, должна быть не менее 0,9 м. Дверные проемы следует выполнять без порогов и перепадов высот пола. При необходимости устройства порогов их высота не должна превышать 0,025 м.

На путях движения МГН не допускается применение вращающихся дверей и турникетов, рекомендуется применение дверей на петлях одностороннего действия с фиксаторами в положениях «открыто» и «закрыто». Следует также применять устройства, обеспечивающие задержку автоматического закрытия дверей продолжительностью не менее 5 секунд.

Лифты и подъемники. Здания следует оборудовать пассажирскими лифтами или подъемными платформами в случае размещения в них помещений, посещаемых инвалидами на креслах-колясках. Параметры кабины лифта, предназначенного для пользования инвалидом на кресле-коляске (внутренние размеры): ширина — не менее 1,1 м; глубина — не менее 1,4 м. Ширина дверного проема при этом должна быть не менее 0,9 м. В остальных случаях размер дверного проема устанавливается в задании на проектирование по ГОСТ Р 51631-2008.

Пути движения. Для обеспечения безопасности и доступа в здание слабовидящих и слабослышащих инвалидов участки пола на путях движения на расстоянии 0,6 м перед дверными проемами и входами на лестницы и пандусы, а также перед поворотами коммуникационных путей должны иметь предупредительную рифленую и/или окрашенную поверхность, допускается установка световых маячков.

Система средств информационно-поддержки должна быть обеспечена на всех путях движения, доступных для МГН, на все время эксплуатации медицинского учреждения в соответствии с ГОСТ Р 51256-2011 и ГОСТ Р 52875-2007. Тактильные средства, выполняющие предупредительную функцию на покрытии пешеходных путей на участке, следует размещать не менее чем за 0,8 м до объекта информации или начала опасного участка, изменения направления движения, входа и т. п. Ширина тактильной полосы принимается в пределах 0,5–0,6 м.

Санитарно-гигиенические помещения. В зависимости от набора санитарно-технического оборудования санитарные узлы для инвалидов на кресле-коляске должны иметь следующие габариты: санузел с унитазом и умывальником — 2,1 × 1,9 м (обе раковины у одной стены) или 1,9 × 1,8 м (умывальник сбоку); закрытый душ с трапом — 1,7 × 1,5 м; совмещенный санузел с душем без поддона, с умывальником и унитазом — 2,4 × 2,2 м. В санитарных узлах необходимо обеспечить разворот кресла-коляски на 360 градусов (в диаметре — 1,5–1,6 м), при подъезде кресла-коляски к унитазу должна быть зарезервирована площадь для поворота кресла на 90 градусов.

В санитарно-гигиенических помещениях следует предусматривать установку поручней, штанг, поворотных или откидных сидений.

Международные символы и знаки. Тактильные таблички и знаки. В целях обеспечения доступности учреждения для инвалидов по зрению необходимо оснащение территории и помещений учреждения специальным комплексом рельефных плоско-выпуклых изделий, обеспечивающих слабовидящим и незрячим людям тактильную доступность важной информации. Это касается всех вывесок и табличек (на входе в здание, на кабинетах, табличек с номерами этажей, настольных табличек и пр.). Вся текстовая информация должна дублироваться плоско-выпуклым шрифтом Брайля.

Благоустройство прилегающей территории. Пешеходные пути. По краям пешеходных путей следует устанавливать бордюры высотой не менее 0,05 м. Высота бортового камня в местах пересечения тротуаров с проезжей частью, перепад высот бортовых камней и бордюров вдоль эксплуатируемых газонов и озелененных площадок, примыкающих к путям пешеходного движения, не должны превышать 0,04 м. Покрытие из бетонных плит должно быть ровным, а толщина швов между плитами — не более 0,015 м.

При невозможности обеспечить на территории или участке наземный проход для МГН имеющиеся подземные и надземные переходы следует оборудовать пандусами или подъемными устройствами.

Вход на территорию или участок необходимо оборудовать доступными для инвалидов элементами информации об объекте. Как отмечено выше, тактильные средства для инвалидов по зрению на покрытии пешеходных путей следует размещать на расстоянии не менее 0,8 м до объекта информации, начала опасного участка, изменения направления движения, входа и т. п. Линии разметки путей для лиц с нарушениями зрения оформляют с помощью рифленой поверхности с дублированием цветом в соответствии с приложением 2 к Правилам дорожного движения Российской Федерации.

Парковка. На открытых индивидуальных автостоянках около учреждений обслуживания требуется выделять как минимум 10% мест (но не менее одного) для транспорта инвалидов. Эти места должны обозначаться знаками, принятыми в международной практике (ст. 15 ФЗ № 181-ФЗ).

Размеры открытых автостоянок для автомобилей инвалидов (без учета площади проездов) составляют не менее 3,5 × 5,0 м на одну автомашину, крытого бокса — 3,5 × 6,0 м. Место парковки для инвалидов обозначается специальной разметкой на асфальте. Места для личного автотранспорта инвалидов желательно размещать вблизи входа, доступного для инвалидов, не далее 50 м. В соответствии с ГОСТ Р 52289-2004 (п. 5.9.21) табличка «Инвалиды» должна применяться совместно со знаком «Место стоянки» для указания того, что стояночная площадка (или ее часть) отведена для размещения транспортных средств, управляемых инвалидами I и II групп или перевозящих таких инвалидов. В мировой практике эти два знака часто объединяют в один.

Безусловно, для реализации всех норм и требований необходимо предусмотреть их до начала строительства или реконструкции медицинского учреждения, на этапе составления медико-технического задания. Поэтому к формированию доступной среды для безбарьерного безопасного передвижения, коммуникации МГН и отправления физиологических и гигиенических потребностей этой частью населения необходимо приступать уже на начальной стадии создания или реконструкции медицинского учреждения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ДОСТУПНОЙ СРЕДЫ

Вторым немаловажным аспектом создания доступной среды в стационаре является применение устройств и инженерно-технических технологий, обеспечивающих эффективное и гарантированно безопасное пребывание больного в стационарных условиях на этапе диагностики и лечения. Хорошо продуманные технологии организации труда медицинского персонала, современные электронные системы оповещения о текущем состоянии пациента, плановой маршрутизации больного и контроль качества лечения рабочих процессов по уходу и лечению, избежать повторной травмы пациента [3]. В идеале это должно позволить медицинскому персоналу проводить больше времени с отдельными больными и снизить влияние неблагоприятных факторов профессиональной деятельности на медицинский персонал [1, 15].

В то же время современные технологии должны уменьшить трудоемкость ухода за больным, обеспечить подготовку пациента к ранней активизации и вертикализации, создать возможность и обучить пациента технике самостоятельного перемещения в пределах кровати, палаты и стационара, адаптировать его к самообслуживанию (прием пищи, выполнению санитарно-гигиенических процедур и т. д.), облегчить коммуникацию с персоналом и родственниками [24]. Для решения этих задач наряду с ростом профессиональных навыков и мастерства медицинского персонала необходимо техническое переоснащение рабочих мест и отделений медицинских учреждений. Учитывая, что маломобильные пациенты, как правило, страдают хроническими заболеваниями, нередко имеют избыточную массу тела, возрастает доля медицинского персонала, осуществляющего уход и другие профессиональные обязанности в условиях

высокой физической нагрузки и находящегося в зоне риска травмирования или заболевания [1, 6].

Среди средств, обеспечивающих надлежащий уход и раннюю активизацию пациента, безусловный приоритет имеют функциональные кровати [11, 12]. Их современные образцы позволяют проводить весь комплекс мероприятий по уходу за пациентом, находящимся на длительном стационарном лечении или перенесшим обширное оперативное вмешательство, независимо от степени его двигательной активности и когнитивных возможностей (рис. 1). В кровать вмонтированы модули — приспособления, которые облегчают прием пищи и осуществление гигиенических процедур и физиологических отправлений, а также обеспечивают проведение постурального дренажа в программируемом режиме, приводя плоскость кровати в определенное положение (Тренделенбурга, Фовлера, латеральный наклон и т. д.) в установленные промежутки времени. Наличие дуг и петель облегчает присаживание в постели; панели позволяют пациенту управлять высотой и углом наклона верхнего сегмента кровати, а также сгибать нижний сегмент под коленями при необходимости перехода в положение полусидя; благодаря наличию выдвижной ручки пациент получает дополнительную помощь при вставании. В некоторых моделях предусмотрен механизм перевода пациента в вертикальное положение: плоскость кровати поднимается, облегчая пациенту подъем с кровати. Укладывание в кровать является зеркальным процессом по отношению к вставанию с нее.

Другой хорошо известной и часто применяемой технологией являются вертикализаторы — приспособления, которые позволяют дозированно (по углу наклона, скорости перемещения и времени фиксации в определенном положении) переводить пациента из горизонтального положения в вертикальное (рис. 2). Для безопасности больного и комфортной работы персонала дополнительно предусмотрена фиксация пациента широкими поясами или ремнями к плоскости. В некоторых моделях возможно совмещение вертикализации пациента с одновременными принудительными движениями его ног в пассивном режиме, имитирующими упрощенный паттерн ходьбы [10, 13, 14, 23]. Возможно дополнение столиком, за которым пациент после вертикализации может выполнять определенные действия (есть, писать, читать, участвовать в арт-терапии). Некоторые модели вертикализаторов позволяют проводить процедуры не только в положении на спине, но и на животе.

Созданы мобильные подъемники, позволяющие обслуживающему персоналу перемещать лежачих пациентов без

их мануального подъема, что значительно снижает физические нагрузки персонала. Приспособление состоит из двух частей — матерчатой «сбруи» или «люльки» для фиксации пациента и подъемно-перемещающего устройства. Последнее может быть монтируемым на потолок направляющим, по которому будет перемещаться подъемное электроприводное устройство. Оно также может быть представлено рамой на подвижной основе. Пациента, помещенного в «сбрую», поднимают с помощью электрического либо гидравлического привода. Все устройство находится на мобильной основе, которую можно перемещать вручную либо с применением электропривода [18, 22].

Важным компонентом, облегчающим сначала уход, а затем и процесс перехода пациента к более активному поведению, представляются приспособления для перестилания (замены постельного белья), разнообразные устройства для вспомогательного и самостоятельного пересаживания с кровати на транспортировочное кресло (рис. 3). Необходимо отметить также приспособления для облегчения мочеиспускания и дефекации, которые условно можно подразделить на используемые в постели и в санузле (поручни, накладки на унитаз, мобильное кресло для отправления физиологических потребностей). Аналогичным образом приспособления для обработки тела могут быть подразделены на те, которые применяются в кровати или рядом с ней (например, специальная кушетка для мытья тела, рис. 4), и те, которыми должна оснащаться душевая комната (поручни, откидные сиденья, бесконтактные диспенсеры для моющих средств и т. д.) [20, 22].

Рис. 1. Функциональная кровать



Рис. 2. Вертикализатор



Рис. 3. Устройство для перекалывания с кровати на транспортировочную каталку



Вопреки присущим медицинскому персоналу скептическим оценкам технической помощи в подъеме, перекладывании и перемещении пациентов, важность эргономических подходов возрастает. В дополнение к постоянно закрепленным на потолке подъемникам, передвижным подъемникам в практику работы медсестер вводится серия простых систем — поворотные столы, корсеты для хождения, подъемные подушки, скользящие столы, лестницы коек, противоскользкие коврики и т. д., — которые существенно снижают нагрузку и облегчают выполнение процедур. Долгосрочные экономические преимущества использования надлежащего оборудования намного превышают расходы в связи с потерей трудоспособности из-за травм и болезней, обусловленных профессиональной деятельностью [19, 21, 25].

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ДОСТУПНОЙ СРЕДЫ

Третьим аспектом (который, к сожалению, зачастую выпадает из поля зрения лечащего врача) является использование технологий медицинской реабилитации. Так, например, доказано, что у больных, перенесших различные оперативные вмешательства, высокую клиническую эффективность имеют дыхательные упражнения с сопротивлением в фазы дыхания, циклические интервальные тренировки с применением тренажеров (в том числе с помощью прикроватных модификаций), миостимуляция, аппаратный лимфодренаж, методики кинезотерапии и ЛФК [7, 9, 12, 16]. Дополнительно можно предложить использование элементов эрготерапии (и бытовой реабилитации) и некоторых методик физиотерапии.

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА МАЛОМОБИЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Четвертым аспектом формирования доступной среды, по нашему мнению, должны стать обучение и мотивация пациентов и ухаживающих за ними лиц к активному использованию окружающей среды. Эти задачи позволяют решать школы пациентов, в которых формируются навыки самообслуживания и бытовой адаптации у хронических маломобильных и послеоперационных больных. Представляется

Рис. 4. Кушетка для мытья



необходимым своевременное информирование пациентов и ухаживающих за ними лиц о современных доступных индивидуальных устройствах, обеспечивающих независимое приготовление и потребление пищи, выполнение гигиенических процедур, самообслуживание, перемещение, коммуникацию, социализацию и возвращение к профессиональной деятельности после выписки из стационара [4, 5, 17].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время условия доступной среды в большей степени разработаны для городской структуры, чем для медицинского стационара.

Основную маломобильную группу, длительно находящуюся в стационаре, представляют пациенты с длительным хроническим анамнезом и больные после обширных операционных вмешательств. Реабилитация и уход за такими больными нередко связаны с большими физическими, эмоциональными и психологическими нагрузками для медицинского персонала, что снижает эффективность работы с тяжелыми больными.

Поэтому при формировании доступной среды в стационаре необходимо не только предусмотреть комплекс мероприятий для маломобильных категорий больных, но и создать комфортные условия для работы медицинского персонала. Такой подход к созданию доступной среды позволит обеспечить сочетание безопасности, комфорта, ранней реабилитации и адаптации больного к переводу в амбулаторные условия и максимально сохранить высокопрофессиональные медицинские кадры.

Приложение

Отечественная нормативная база в сфере создания доступной среды

1. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 27.12.2002 № 184-ФЗ (ред. от 05.04.2016) «О техническом регулировании».
3. Постановление Правительства РФ от 01.12.2015 № 1297 (ред. от 25.05.2016) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Доступная среда" на 2011–2020 годы».
4. Постановление Госстроя России и Минтруда России от 25.05.1998 «Порядок реализации требований доступности для инвалидов к объектам социальной инфраструктуры».
5. СП 35-101-2001 «Проектирование зданий и сооружений с учетом доступности для маломобильных групп населения. Общие положения» (одобрен постановлением Госстроя России от 16.07.2001 № 70).
6. СП 35-102-2001 «Жилая среда с планировочными элементами, доступными инвалидам» (одобрен постановлением Госстроя России от 16.07.2001 № 71).
7. СП 35-103-2001 «Общественные здания и сооружения, доступные маломобильным посетителям» (одобрен и рекомендован к применению постановлением Госстроя России от 16.07.2001 № 72).
8. СП 35-104-2001 «Здания и помещения с местами труда для инвалидов» (одобрен постановлением Госстроя России от 16.07.2001 № 69).
9. СП 59.13330.2012. «Свод правил. Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения. Актуализированная редакция СНиП 35-01-2001» (утв. приказом Минрегиона России от 27.12.2011 № 605; ред. от 21.10.2015).

10. ГОСТ Р 50916-96 «Восьмибитный код обмена и обработки информации для восьмиточечного представления символов в системе Брайля».
11. ГОСТ Р 50917-96 «Устройства, печатающие шрифтом Брайля. Общие технические условия».
12. ГОСТ Р 50918-96 «Устройства отображения информации по системе шрифта Брайля. Общие технические условия».
13. ГОСТ Р 51024-97 с изменением № 1. «Аппараты слуховые электронные реабилитационные. Общие технические условия».
14. ГОСТ Р 51075-97 «Аппаратура телевизионная увеличивающая реабилитационная. Общие технические условия».
15. ГОСТ Р 51077-97 «Восьмибитный код обмена и обработки информации для шеститочечного представления символов в системе Брайля».
16. ГОСТ Р 51083-97 «Кресла-коляски. Общие технические условия».
17. ГОСТ Р 51260-99 «Тренажеры реабилитационные. Общие технические условия».
18. ГОСТ Р 51261-99 «Устройства опорные стационарные реабилитационные. Типы и технические требования».
19. ГОСТ Р 51264-99 «Средства связи, информатики и сигнализации реабилитационные электронные. Общие технические условия».
20. ГОСТ Р 51630-2000 «Платформы подъемные с вертикальным и наклонным перемещением для инвалидов. Технические требования доступности».
21. ГОСТ Р 51633-2000 «Устройства и приспособления реабилитационные, используемые инвалидами в жилых помещениях. Общие технические требования».
22. ГОСТ Р 51645-2000 «Рабочее место для инвалида по зрению типовое специальное компьютерное. Технические требования к оборудованию и к производственной среде».
23. ГОСТ Р 51646-2000 «Средства телефонной связи реабилитационные для инвалидов по слуху или зрению. Классификация. Основные параметры».
24. ГОСТ Р 51647-2000 «Средства связи и информации реабилитационные электронные. Документы эксплуатационные. Виды и правила выполнения».
25. ГОСТ Р 51648-2000 «Сигналы звуковые и осязательные, дублирующие сигналы светофора, для слепых и слепоглухих людей. Параметры».
26. ГОСТ Р 51671-2000 «Средства связи и информации технические общего пользования, доступные для инвалидов. Классификация. Требования доступности и безопасности».
27. ГОСТ Р 51764-2001 «Устройства подъемные транспортные реабилитационные для инвалидов. Общие технические требования».
28. ГОСТ Р 52131-2003 «Средства отображения информации знаковые для инвалидов. Технические требования».
29. ГОСТ Р МЭК 60118-14-2003 «Аппараты слуховые программируемые. Технические требования к устройствам цифрового интерфейса. Размеры электрических соединителей».
30. ГОСТ Р 52871-2007 «Дисплеи для слабовидящих. Требования и характеристики».
31. ГОСТ Р 52872-2007 «Интернет-ресурсы. Требования доступности для инвалидов по зрению».
32. ГОСТ Р 52873-2007 «Синтезаторы речи для специальных компьютерных рабочих мест для инвалидов по зрению. Технические требования».
33. ГОСТ Р 52874-2007 «Рабочее место для инвалидов по зрению специальное. Порядок разработки и сопровождения».
34. ГОСТ Р 52875-2007 «Указатели тактильные наземные для инвалидов по зрению. Технические требования».
35. ГОСТ Р 51631-2008 «Лифты пассажирские. Технические требования доступности, включая доступность для инвалидов и других маломобильных групп населения».

ЛИТЕРАТУРА

1. Вёрткин А. Л., Шевцова В. А., Сокол А. А., Химич О. В. Маломобильный пациент: критический анализ ситуации // Эффектив. фармакотерапия. Кардиология и ангиология. 2014. № 1 (8). URL: http://umedp.ru/articles/malomobilnyu_patsient_kriticheskij_analiz_situatsii.html (дата обращения — 01.11.2016).
2. Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 годы. Утв. постановлением Правительства РФ от 01.12.2015 № 1297. URL: <http://government.ru/media/files/6kKpQTEgR1BmijyuqibGWqрAoc60mnc.pdf> (дата обращения — 01.11.2016).
3. Дмитренко И. А. Анализ результатов оценки организации и качества медицинской помощи, оказываемой в отделении лечебной физкультуры врачами и инструкторами лечебной физкультуры // Врач-аспирант. Ru. 03.04.2013 (00:22:00). URL: http://vrach-aspirant.ru/articles/health_organization/13111/ (дата обращения — 01.11.2016).
4. Иванова Г. Е., Цыкунов М. Б., Поляев Б. А., Романовская Е. В. Лечебная физкультура в реабилитации больных с повреждением спинного мозга // Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга / Под общ. ред. Г. Е. Ивановой, В. В. Крылова, М. Б. Цыкунова, Б. А. Поляева. М.: Московские учебники и Картолитография, 2010. С. 554–557.
5. Калашникова И. А. Научное обоснование организации медико-социальной помощи пациентам с кишечной стомой: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2015. 25 с.
6. Кулешова Л. И., Пустоветова Е. В. Основы сестринского дела: курс лекций, сестринские технологии: Учебник. Изд. 5-е. Ростов на/Д.: Феникс, 2014. 733 с.
7. Макарова М. Р., Турова Е. А., Куликов А. Г. Лечебная физкультура как базовый компонент технологии Fast-Track Surgery // Доктор.Ру. 2015. № 15 (116) — 16 (117). С. 81–86.
8. Методические рекомендации по созданию доступной среды для маломобильных групп населения / Подготовлены специалистами министерства социальной защиты населения Московской области. М.: Подмоскowie, 2014. 56 с.
9. Руководство по эндопротезированию тазобедренного сустава / Под ред. Р. М. Тихилова, В. М. Шаповалова. СПб.: изд-во РНИИТО им. П. П. Вредена, 2008. 364 с.
10. Calabrò R. S., Naro A., Russo M., Leo A. et al. Do post-stroke patients benefit from robotic verticalization? A pilot-study focusing on novel neurophysiological approach // Restor. Neurol. Neurosci. 2015. Vol. 33. N 5. P. 671–681.
11. Capezuti E., Brush B. L., Lane S., Rabinowitz H. U. et al. Bed-exit alarm effectiveness // Arch. Gerontol. Geriatr. 2009. Vol. 49. N 1. P. 27–31.
12. Chung F, Mueller D. Physical therapy management of ventilated patients with acute respiratory distress syndrome or severe acute lung injury // Physiother. Can. 2011. Vol. 63. N 2. P. 191–198.

13. Cumming T. B., Thrift A. G., Collier J. M., Churilov L. et al. Very early mobilization after stroke fast-tracks return to walking: further results from the phase II AVERT randomized controlled trial // *Stroke*. 2011. Vol. 42. N 1. P. 153–158.
14. Frazzitta G., Valsecchi R., Zivi I., Sebastianelli L. et al. Safety and Feasibility of a Very Early Verticalization in Patients With Severe Traumatic Brain Injury // *J. Head Trauma Rehabil.* 2015. Vol. 30. N 4. P. 290–292.
15. Hignett S. M. Intervention strategies to reduce musculoskeletal injuries associated with handling patients: a systematic review // *Occup. Environ. Med.* 2003. Vol. 60: e6. URL: <http://www.occenvmed.com/cgi/content/full/60/9/e6> (дата обращения — 01.11.2016).
16. Johnson K. L., Meyenburg T. Physiological rationale and current evidence for therapeutic positioning of critically ill patients // *AACN. Adv. Crit. Care*. 2009. Vol. 20. N 3. P. 228–240.
17. Kirby R. L., Miller W.C., Routhier F., Demers L. et al. Effectiveness of a Wheelchair Skills Training Program for Powered Wheelchair Users: A Randomized Controlled Trial // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2015. Vol. 96. N 11. P. 2017–2026.e3.
18. Li J., Wolf L., Evanoff B. Use of mechanical patient lifts decreased musculoskeletal symptoms and injuries among health care workers // *Inj. Prev.* 2004. Vol. 10. N 4. P. 212–216.
19. Müller B. Good solutions in nursing and care. Models of good practice of healthy and quality-promoting work design of nursing and care jobs in hospitals, inpatient care facilities and home care services. Dortmund, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2005.
20. Nelson A. L., Motacki K., Menzel N. *The Illustrated Guide to Safe Patient Handling and Movement* (2009). New York. Springer Publishing.
21. Nelson A., Baptiste A. S. Evidence-Based Practices for Safe Patient Handling and Movement // *OJIN*. 2004. Vol. 9. N 3. URL: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/No3Sept04/EvidenceBasedPractices.html> (дата обращения — 01.11.2016).
22. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* / R. G. Hughes, eds. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2008 Apr.
23. Peiris C. L., Taylor N. F., Shields N. Extra physical therapy reduces patient length of stay and improves functional outcomes and quality of life in people with acute or subacute conditions: a systematic review // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2011. Vol. 92. N 9. P. 1490–1500.
24. *Safe patient handling programs. A Best Practices guide for Washington hospitals* Washington Safe Patient Handling Steering Committee University of Washington Northwest Center for Occupational Health and Safety. URL: <http://uni.wa.gov/safety/grantspartnerships/ship/awardees/servicesemployeesinternationalunion1199/safepatienthandlingprogramguide.pdf> (дата обращения — 01.11.2016).
25. Ulrich R., Zimring C., Quan X., Joseph A. et al. *Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century. The Center for Health Design. Published by The Center for Health Design, 2004.* URL: <https://www.healthdesign.org/chd/research/role-physical-environment-hospital-21st-century> (дата обращения — 01.11.2016). D

Библиографическая ссылка:

Макарова М. Р., Шутов Д. В. Доступная среда в госпитальных условиях: нормативные аспекты, возможные пути реализации // *Доктор.Ру*. 2016. № 12 (129). Часть II. С. 60–66.

LIST OF ABBREVIATIONS/СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	— артериальное давление	МРТ	— магнитно-резонансная томография, магнитно-резонансная томограмма
АПФ	— ангиотензинпревращающий фермент	МСЭ	— медико-социальная экспертиза
ВОЗ	— Всемирная организация здравоохранения	НПВС	— нестероидные противовоспалительные средства
ДИ	— доверительный интервал	ЦНС	— центральная нервная система
ИБС	— ишемическая болезнь сердца	ЧМТ	— черепно-мозговая травма
ИВЛ	— искусственная вентиляция легких	ЧСС	— частота сердечных сокращений
ИФА	— иммуноферментный анализ	ЭКГ	— электрокардиография, электрокардиограмма
КТ	— компьютерная томография, компьютерная томограмма	ЭхоКГ	— эхокардиография, эхокардиограмма
ЛФК	— лечебная физическая физкультура	ЭЭГ	— электроэнцефалография
МЕТ	— метаболическая единица	Ig	— иммуноглобулин
МКБ-10	— Международная классификация болезней 10-го пересмотра	NIHA	— New York Heart Association