

## ГЛАВА 1

### ОБЩИЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Медицинская реабилитация - это система мероприятий, направленных на выздоровление, компенсацию и восстановление нарушенных в результате болезни или травмы функций, на профилактику осложнений, хронического течения и рецидивов заболевания, на приспособление больного к самообслуживанию и трудовой деятельности в новых условиях, возникших вследствие болезни. Одновременно решается задача восстановления больного как личности, возвращение его к активной жизни в обществе.

**Цель реабилитации** - эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов к бытовым и трудовым процессам, в общество; восстановление личностных свойств человека. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) дает очень близкое к этому определение реабилитации: «Реабилитация представляет собой совокупность мероприятий, призванных обеспечить лицам с нарушениями функций в результате болезней, травм и врожденных дефектов приспособление к новым условиям жизни в обществе, в котором они живут». Термин реабилитация происходит от латинского слова *habilis* - «способность», *rehabilis* - «восстановление способности».

По данным ВОЗ, реабилитация является процессом, направленным на всестороннюю помощь больным и инвалидам для достижения ими максимально возможной при данном заболевании физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности.

Таким образом, реабилитацию следует рассматривать как сложную социально-медицинскую проблему, которую можно подразделить на несколько видов, или аспектов: медицинская, физическая, психологическая, профессиональная (трудовая) и социально-экономическая.

Первое и основное направление реабилитации (медицинской и физической) - восстановление здоровья больного посредством комплексного использования различных средств,

направленных на максимальное восстановление нарушенных физиологических функций организма, а в случае невозможности достижения этого - развитие компенсаторных и заместительных приспособлений (функций).

Психологический аспект реабилитации направлен на коррекцию психического состояния пациента, а также формирование его отношений к лечению, врачебным рекомендациям, выполнению реабилитационных мероприятий.

Профессиональный аспект реабилитации затрагивает вопросы трудоустройства, профессионального обучения и переобучения, определения трудоспособности больных.

Социально-экономическая реабилитация состоит в том, чтобы вернуть пострадавшему экономическую независимость и социальную полноценность. Эти задачи решаются не только медицинскими учреждениями, но и органами соцобеспечения.

Из всего этого ясно, что реабилитация - многогранный процесс восстановления здоровья человека и возвращения его в трудовую и социальную жизнь. Естественно, что виды реабилитации следует рассматривать в единстве и взаимосвязи. Три вида реабилитации (*медицинская, трудовая, социальная*) соответствуют трем классам последствий болезней: 1) медико-биологические последствия болезней, заключающиеся в отклонениях от нормального морфофункционального статуса; 2) снижение трудоспособности или работоспособности в широком смысле слова; 3) социальная дезадаптация, т. е. нарушение связей с семьей и обществом. Отсюда следует, что выздоровление больного после перенесенного заболевания и его реабилитация - совсем не одно и то же, так как помимо восстановления здоровья пациента необходимо восстановить еще и его работоспособность (трудоспособность), социальный статус, т. е. вернуть человека к полноценной жизни в семье, обществе, коллективе.

### **Задачи медицинской реабилитации**

Главной задачей медицинской реабилитации является полноценное восстановление функциональных возможностей различных систем организма и опорно-двигательного аппарата, а также развитие компенсаторных приспособлений к условиям повседневной жизни и труду.

К частным задачам реабилитации относятся:

- восстановление бытовых возможностей больного, т. е. способности к передвижению, самообслуживанию и выполнению несложной домашней работы;
- восстановление трудоспособности, т.е. утраченных инвалидом профессиональных навыков путем использования и развития функциональных возможностей двигательного аппарата;
- предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, т.е. осуществление мер вторичной профилактики.

Целью реабилитации является наиболее полное восстановление утраченных возможностей организма, но если это недостижимо, ставится задача частичного восстановления либо компенсации нарушенной или утраченной функции, и в любом случае - замедление прогрессирования заболевания. Для этого используется комплекс лечебно-восстановительных средств, среди которых наибольшим реабилитирующим эффектом обладают: физические упражнения, природные факторы (как естественные, так и преформированные), различные виды массажа, занятия на тренажерах, ортопедические приспособления, трудотерапия, психотерапия, аутотренинг и др. Ведущая роль в реабилитации принадлежит методам физического воздействия, и чем дальше от этапа к этапу она проводится, тем большее значение они имеют, со временем составив вид под названием «физическая реабилитация».

### **Общие показания к проведению медицинской реабилитации**

Общие показания к проведению медицинской реабилитации представлены в докладе Комитета экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности и реабилитации (1983). К ним относятся:

- значительное снижение функциональных способностей;
- снижение способности к обучению;
- особая подверженность воздействиям среды;
- нарушение социальных отношений;
- нарушение трудовых отношений.

## **Общие противопоказания к проведению медицинской реабилитации**

Общими противопоказаниями к проведению медицинской реабилитации в стационарных и амбулаторных центрах следует считать следующие:

- выраженные психические нарушения;
- грубые нарушения интеллектуально-мнестической функции;
- высокая, не корригируемая артериальная гипертензия;
- выраженная коронарная недостаточность;
- тяжелая степень нарушения функции органов и систем: сердечно-сосудистой, дыхательной, почечной, печеночной и др.;
- активная фаза ревматизма;
- активные формы туберкулеза;
- лихорадочные состояния;
- острые тромбозы, эмболии в качестве сопутствующих заболеваний;
- инкурабельные злокачественные новообразования.

## **Принципы медицинской и физической реабилитации**

К основным принципам реабилитации относятся:

- раннее начало проведения реабилитационных мероприятий,
- комплексность использования всех доступных и необходимых реабилитационных мероприятий,
- индивидуализация программы реабилитации,
- принцип этапности,
- непрерывность и преемственность реабилитации,
- последовательность,
- активное участие больного.

**Раннее начало** проведения реабилитационных мероприятий важно с точки зрения профилактики возможных дегенеративных изменений в тканях (что особенно важно при неврологических заболеваниях), обеспечивает более благоприятное течение и исход заболевания, служит одним из моментов профилактики инвалидности (вторичная профилактика).

Однако реабилитационные мероприятия нельзя применять при очень тяжелом состоянии больного, высокой температуре, сильной интоксикации, выраженной сердечно-сосудистой и легочной недостаточностью больного, резком угнетении адаптационных и компенсаторных механизмов.

**Принцип комплексности** МР подразумевает максимально широкое использование разных методов реабилитации. Проблемы медицинской реабилитации весьма сложны и требуют совместной деятельности многих специалистов: терапевтов, хирургов, травматологов, физиотерапевтов, врачей, инструкторов ЛФК, методистов физической реабилитации, массажистов, психологов, психиатров и др., - адекватной физическому и психическому состоянию пациента на отдельных этапах реабилитации. В зависимости от причин, приведших больного к состоянию, состав специалистов и используемых методов и средств будут различны.

Поэтому с целью реализации принципа комплексности сегодня в реабилитации реализуются:

- методы психологической реабилитации с целью выработки у больного мотивации на реабилитацию, преодоления или смягчения нервно-психических нарушений, коррекции личностных особенностей реабилитанта;
- методы физической реабилитации (кинезотерапия, эрготерапия, мануальная и тракционная терапия, массаж, аппаратная физиотерапия, рефлексотерапия, бальнеолечение и др.);
- медикаментозная реабилитация, выступающая при некоторых заболеваниях (сахарный диабет, эпилепсия и др.) как один из основных методов реабилитации человека;
- ортотерапия (включающая средства временной мобилизации, корсеты, ортезы, корригирующие лечебные костюмы, инвалидные кресла и др.);
- реконструктивная хирургия (эндопротезирование суставов и др.);
- трудотерапия (как метод восстановления бытовых и профессиональных навыков больного);
- школа больного и родственников (как самый дешевый, но и более эффективный метод реабилитации, позволяющий

преодолеть тяжелые психологические последствия заболевания или травмы, и научиться жить с имеющимися ограничениями жизнедеятельности).

**Индивидуализация программ реабилитации.** Этот принцип получил реализацию в составлении индивидуальной программы реабилитации, которая учитывает особенности состояния больного или инвалида, их функциональных возможностей, двигательного опыта, возраста, пола, семейного и социального положения, состав специалистов и используемых методов и средств. Современная реабилитация тесно связана с принципом активного участия больного, поэтому пассивные методы, используемые в восстановительном лечении, все более утрачивают свои позиции.

**Принцип этапности.** В медицинской реабилитации выделяют три или четыре этапа.

При трехэтапной реабилитации:

- специализированный стационар;
- специализированный реабилитационный центр или санаторий;
- отделение реабилитации поликлиники.

При четырехэтапной реабилитации, применяемой в травматологии:

- специализированная бригада скорой помощи;
- специализированный травматологический стационар;
- стационарный центр реабилитации;
- отделение реабилитации поликлиники.

Во втором случае восстановительные мероприятия начинают проводиться специализированными бригадами скорой помощи: профилактика и лечение шока, остановка кровотечения, обеспечение проходимости верхних дыхательных путей и т.д. Большое значение имеют обезболивание, полноценная транспортная иммобилизация и др. В травматологическом стационаре особое внимание уделяется диагностике, качеству оперативных и консервативных мероприятий, которые завершаются полноценной и рациональной иммобилизацией поврежденных сегментов. С первых дней вводятся комплекс лечебной гимнастики, массажа, физиотерапевтические процедуры.

В отделение реабилитации поликлиники для полноценного заключительного восстановительного лечения переводятся больные, получившие в стационаре основной курс реабилитационных мероприятий, с достаточно восстановленными функциями самообслуживания и передвижения.

В отличие от описанной схемы трех- или четырехэтапной реабилитации в системе восстановительного лечения больных с заболеваниями и травмами головного и спинного мозга предусматриваются повторные госпитализации в стационарном центре реабилитации, повторные курсы восстановления в отделении реабилитации поликлиник или чередование курсов реабилитации в стационаре и дома (этапно-курсовой метод реабилитации). На каждом этапе ставятся свои задачи и соответственно им подбираются средства и методы. От правильной постановки задач зависит эффективность реабилитационного процесса. Помимо этого, от того, какие задачи ставятся перед каждой из фаз реабилитации, зависят продолжительность фазы и ее организационная структура.

Процесс реабилитации может быть подразделен еще и следующим образом:

- 1-й этап - восстановительная терапия,
- 2-й этап - реадaptация,
- 3-й этап - реабилитация (в прямом смысле).

Основные задачи 1-го этапа - психологическая и функциональная подготовка больного к активному лечению и проведению РМ, предупреждение развития дефекта функций, инвалидизации.

Задачи 2-го этапа - приспособление больного к условиям внешней среды - характеризуется наращиванием объема всех восстановительных мероприятий.

Задачи 3-го этапа - бытовое приспособление, исключаящее зависимость от окружающих, восстановление социального и доболезненного трудового статуса.

**Непрерывность и преемственность реабилитации** - важный момент как в пределах одного этапа, так и при переходе от одного к другому. Улучшается функциональное состояние различных систем организма, повышается тренированность, а

всякий более или менее длительный перерыв в использовании восстановительных мероприятий может привести к его ухудшению, когда приходится начинать все сначала.

Чрезвычайно важным принципом реабилитации является преемственность при переходе с этапа на этап, из одного медицинского учреждения в другое. Для этого важно, чтобы на каждом этапе (стационарный, амбулаторный, домашний, санаторный) в реабилитационной карте было задокументировано, какие методы и средства лечения и реабилитации применялись, каково было функциональное состояние реабилитируемого.

**Последовательность.** Реализация индивидуальной программы реабилитации должна осуществляться в строгой последовательности процедур и мероприятий для максимальной ликвидации инвалидизирующих последствий и дальнейшего возвращения реабилитанта в общество.

#### **Активное участие больного**

Активное участие больного в реабилитационной программе, пожалуй, является основой успешного выполнения индивидуальной программы реабилитации и достижения поставленной цели. Разъяснение ему целей и задач реабилитационной программы, сущности реабилитационных мероприятий, их последовательности, механизма действия существенно помогает привлечь больного к активному сотрудничеству вместе со специалистами в борьбе с последствиями болезни или травмы. Положительная установка на труд, на выздоровление, на возвращение в семью и общество зачастую является решающим фактором достижения успеха. Больной должен понимать, что реабилитация - это длительный процесс и успешность в достижении цели зависит от взаимного доверия среди всех участников выполнения программы реабилитации: как самого больного, так и медицинского персонала, социальных работников, родственников.

#### **Средства медицинской реабилитации**

К средствам реабилитации относятся психологическая реабилитация, медикаментозная коррекция, ЛФК (кинезотерапия), физиотерапия, массаж, трудотерапия, санаторно-курортное лечение, музыкотерапия, фитотерапия,



аэротерапия, хореотерапия, мануальная терапия и др.

Психологическая реабилитация занимает ведущее место среди всех методов медицинской реабилитации. Это связано с тем, что полноценное выполнение индивидуальной программы реабилитации может осуществляться лишь при активном участии больного и его ближайших родственников в реабилитационном процессе. Психотерапевтическое воздействие должно осуществляться не только специалистом-психотерапевтом, но и всем персоналом посредством как прямого, так и косвенного воздействия на больного.

Ведущее место среди средств физической реабилитации отводится физическим упражнениям, так как двигательная активность - важнейшее условие формирования здорового образа жизни, основа правильного построения медицинской реабилитации.

Средства физической реабилитации можно подразделить на активные, пассивные и психорегулирующие. К **активным** средствам относятся все формы лечебной физической культуры: разнообразные физические упражнения, элементы спорта и спортивной подготовки, ходьба, бег и другие циклические упражнения, работа на тренажерах, хореотерапия, трудотерапия и др.; к **пассивным** – пассивные упражнения, массаж, мануальная терапия, физиотерапия, естественные и преформированные природные факторы; к **психорегулирующим** - аутогенная тренировка, мышечная релаксация и др.

### **Индивидуальная программа реабилитации**

Индивидуальная программа реабилитации - это перечень различных методов медицинского, бытового и социального характера, направленных на достижение конкретной цели реабилитации конкретного больного или инвалида. Другими словами, индивидуальная программа реабилитации - это комплекс оптимальных для больного, инвалида, в том числе ребенка-инвалида, реабилитационных мероприятий, включающих в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок их реализации, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей больного или

инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

Программа реабилитационных мероприятий учитывает индивидуальные особенности человека, степень выраженности последствий заболевания или травмы, время, прошедшее от начала возникновения данной патологии, степень восстановления нарушенных функций до составления данной программы, наличие сопутствующих заболеваний, разносторонность профессиональной подготовки, квалификационный уровень, установку на продолжение трудовой деятельности и многие другие факторы.

На всех этапах реабилитационной программы предусматривается обращение к личности больного, сочетание биологических и психосоциальных форм лечебного восстановительного воздействия.

Для ее составления необходимо учитывать весь комплекс изменений (морфологических, физиологических, психологических) и руководствоваться правилами, которые предусматривают:

- партнерство врача, реабилитолога и пациента;
- определение реабилитационного потенциала больного, особенно его двигательных возможностей;
- разносторонность воздействий, т.е. учет всех сторон реабилитации для каждого больного;
- комплексность лечебно-восстановительных мероприятий;
- ступенчатость (переходность) проводимых воздействий (поэтапное назначение восстановительных мероприятий с учетом динамики функционального состояния больного).

Определение **реабилитационного потенциала** больного является существенным моментом при подготовке программы и требует решения нескольких основных задач:

1. Выяснение характера двигательных нарушений и степени ограничения двигательной функции.

2. Определение возможности полного или частичного морфологического и функционального восстановления у больного поврежденного звена либо нарушенной функции поврежденного органа или системы.

3. Дальнейший прогноз развития адаптационных и компен-

саторных возможностей организма больного при данном заболевании.

4. Оценка физической работоспособности организма в целом и функциональной способности отдельных органов и систем с учетом определения переносимости различных по характеру, объему и интенсивности физических нагрузок в процессе реабилитации.

### **Технология медицинской реабилитации**

Осуществление реабилитационных мероприятий больному или инвалиду предполагает как проведение оценки изначального его состояния, выполнения индивидуальной программы реабилитации, так и оценку достигнутого результата.

#### **Стадии реабилитационной технологии:**

- экспертно-реабилитационная диагностика;
- определение реабилитационного потенциала;
- проведение первичной медико-социальной экспертизы;
- определение клинико-реабилитационных групп;
- составление индивидуальной программы реабилитации;
- проведение индивидуальной программы реабилитации;
- проведение повторной медико-социальной экспертизы;
- оценка эффективности проведенной реабилитации.

Первая стадия технологического процесса - экспертно-реабилитационная диагностика - подразумевает определение имеющихся нарушений, степени выраженности ограничений жизнедеятельности, на ликвидацию или уменьшение которых будут направлены основные усилия реабилитолога.

Экспертно - реабилитационная диагностика осуществляется в несколько этапов:

Первый этап - клинико-функциональная диагностика.

Второй этап - психологическая экспертно-реабилитационная диагностика.

Третий этап - социальная экспертно-реабилитационная диагностика.

Четвертый этап - оценка ограничений жизнедеятельности.

Первый этап - *клинико-функциональная диагностика* - подразумевает в первую очередь установление развернутого клинико-функционального диагноза, который должен содержать

следующие основные характеристики:

- клиническая (нозологическая) форма основного заболевания;
- клиническая (нозологическая) форма сопутствующего заболевания;
- стадия нозологического процесса;
- характер течения заболевания;
- характер нарушения функций организма;
- степень функциональных нарушений.

Клиническая (нозологическая) форма основного и сопутствующего заболевания указывается в соответствии с МКБ - X.

Стадия патологического процесса определяется при заболеваниях, имеющих клинические классификации с рубрикацией стадийности процесса, номенклатура которой предусматривает либо стадии развития (начальная, развитая, далеко зашедшая), либо числовые обозначения (первая, вторая и др.).

Течение заболевания (прогрессирующее, стационарное (стабильное), рецидивирующее) оценивается в зависимости от динамики процесса, его прогрессирования, периодов обострения.

Указание характера нарушения функций предусматривает отнесение функциональных расстройств по принадлежности к четырем основным группам:

- нарушения психических функций (восприятие, внимание, память, мышление, речь, эмоции, воля, сознание и др.);
- нарушение сенсорных функций (зрение, слух, обоняние, осязание);
- нарушение стато-динамической функции;
- нарушение функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции и др.

**Степень функциональных расстройств** определяется согласно классификации нарушений функций организма по степени выраженности, предусматривающей выделение, в основном, четырех степеней нарушений (функциональный класс (ФК)):

- 1 степень - незначительные нарушения (ФК 1);

- 2 степень - умеренные нарушения функций (ФК 2);
- 3 степень - выраженные нарушения функций (ФК 3);
- 4 степень - значительно выраженные нарушения функций (ФК 4).

Второй этап - *психологическая экспертно-реабилитационная диагностика* - состоит из оценки трех компонентов психической деятельности человека:

- 1) состояния высших психических функций и динамики умственной деятельности;
- 2) эмоционально-волевой сферы;
- 3) особенностей личности.

Все это позволяет выявить дефект познавательной деятельности у больного, реакцию его на ситуацию, связанную с заболеванием и инвалидизацией, изменение структуры мотивов, интересов, потребностей, самовосприятие и самооценку инвалида в новой социальной роли.

Важность психологического обследования в процессе реабилитации определяется существенным влиянием особенностей психической деятельности человека и его личностных характеристик на степень возникающих при заболевании нарушений жизнедеятельности и на эффективность реабилитационной помощи.

К основным препятствующим выздоровлению и полноте адаптации больного психологическим факторам относятся:

- тревога, депрессия;
- отсутствие установки на излечение, на возвращение к труду;
- общее снижение познавательных способностей;
- малая информированность в отношении природы заболевания и возможностей лечения;
- неадекватная «внутренняя картина болезни»;
- низкая самооценка;
- пассивность на поведенческом уровне в плане выполнения рекомендаций врачей.

Третий этап - *социальная экспертно-реабилитационная диагностика* включает всестороннее социальное обследование, определение социальных критериев для оценки наличия и степени выраженности ограничения жизнедеятельности и

последующей оценки реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза. Учитываются: условия жизни, уровень социальной защищенности инвалида, обеспеченность жильем, средствами передвижения, уровень доходов, возможности обеспечения ухода за больным, обязанности больного в семье, характеристика самой семьи.

Четвертый этап - *оценка ограничений жизнедеятельности* - включает оценку последствий или травмы с точки зрения **современной концепции последствий болезни** в соответствии с Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности и Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

### **Определение реабилитационного потенциала**

Для определения прогноза восстановления нарушенных функций и возможности возвращения больного к трудовой деятельности в каждом конкретном случае должен определяться так называемый реабилитационный потенциал.

**Реабилитационный потенциал больного или инвалида** - показатель, оценивающий на основе комплекса медицинских, психологических и социальных факторов реальные возможности восстановления нарушенных функций и способностей организма, в том числе участия в трудовой деятельности.

Оценка реабилитационного потенциала должна учитывать возможности обратимости и/или компенсируемости функциональных нарушений, психологическую готовность больного или инвалида к реабилитации, наличие и степень выраженности сопутствующих заболеваний, возможности компенсации патологии при помощи технических средств, а также возможность сохранения имеющегося уровня патологии при прогрессирующем течении процесса.

Определение реабилитационного потенциала базируется на комплексной оценке трех групп факторов: медицинских, психологических и социальных.

#### Медицинские факторы:

- клиническое течение заболевания: характер заболевания, степень выраженности последствий основного и сопутствующих

заболеваний, частота обострений, наличие синдрома взаимного отягощения, эффективность лечения и потребность в курсовом, поддерживающем лечении для стабилизации патологического процесса, возможности обратного развития заболевания;

- наличие функциональных резервов организма, определение способностей организма к развитию компенсаторных возможностей человека;

- клиничко-трудовой прогноз с определением возможности продолжения трудовой деятельности в своей специальности или определением доступной тяжести и напряженности трудового процесса.

#### Психологические факторы:

- психологические особенности личности реабилитанта;
- определение установки на продолжение трудовой деятельности или возможность ее коррекции;
- адекватное отношение к болезни и лечению;
- наличие пре- или постморбидных нервно-психических нарушений.

#### Социальные факторы:

- место жительства реабилитанта;
- уровень и разносторонность образования и профессиональной подготовки;
- профессиональная пригодность в основной профессии, наличие других квалифицированных специальностей;
- возможность приобретения другой, показанной по состоянию здоровья профессии (при профессиональной непригодности в основной профессии);
- наличие условий для рационального трудоустройства;
- экономическое положение реабилитанта и его семьи.

С учетом вышеизложенных медицинских, психологических и социальных факторов определяется реабилитационный потенциал больного в целом: высокий, средний или низкий.

Результаты оценки реабилитационного потенциала следует рассматривать в динамике, что позволяет объективно устанавливать эффективность реабилитационной программы и отдельных занятий с целью их последующей коррекции.

Исходы реабилитации и оценка степени восстановления. Степень восстановления может быть оценена по

четырёхбалльной шкале: полное восстановление; частичное восстановление; без изменения от исходного уровня; ухудшение.

Изучение ближайших и отдаленных результатов реабилитационных мероприятий позволяет планомерно и эффективно вести весь процесс реабилитации, определяя основные задачи на каждом из этапов, и путем подбора комплекса адекватных и эффективных средств добиваться благополучного результата.

### **Особенности медико-социальной экспертизы и реабилитации детей (лиц до 18 лет)**

Проблема детской инвалидности является актуальной для любого общества с позиций социальной политики государства и перспектив состояния здоровья взрослого населения.

Распространенность и неуклонный рост детской инвалидности на протяжении многих лет является поводом к ее детальному изучению и поиску путей ее снижения.

Статус ребенка-инвалида впервые был введен в 1979 г., когда Министерство здравоохранения СССР издало приказ № 1265 «О порядке выдачи медицинского заключения на детей-инвалидов в возрасте до 16 лет» и определило показания для установления инвалидности детям. Это ознаменовало начало нового государственного подхода к пониманию проблем детей-инвалидов и явилось основополагающим моментом в становлении медико-социальной экспертизы детей.

Для понимания сути современных требований к определению инвалидности у детей, в соответствии с Концепцией последствий болезни, первостепенное значение имеет то, что не болезнь как таковая, а те последствия болезни, которые ограничивают повседневную жизнь и действия ребенка, являются основанием для рассмотрения вопроса об установлении инвалидности.

Под ограничением жизнедеятельности у детей понимается полная или частичная утрата интегративного взаимодействия функций органов и систем детского организма, обеспечивающих развитие сложных биосоциальных функций - категорий жизнедеятельности (способность к самообслуживанию, передвижению и др.).



Ребенок отличается от взрослого по своему социальному статусу - пока он не социализирован, он находится в процессе социализации. Следовательно, для ребенка применение критериев для оценки социальной недостаточности некорректно. Социальная недостаточность у ребенка - это его «нормальное» состояние. С первых дней своей жизни он физически зависит от взрослого, без него он нежизнеспособен. По мере взросления общество предоставляет ребенку возможность достичь завершения социализации через образование и нравственное воспитание. Признаками завершения социализации молодого человека является приобретение профессии, достижение материальной независимости и др. Отсюда следует, что детство, заканчивающееся ранней юностью (18 лет), не совпадает хронологически с завершением процесса социализации, который в современном обществе затягивается на более длительные сроки.

**Ребенок-инвалид** - это лицо в возрасте до 18 лет, которое в связи с ограничением жизнедеятельности вследствие врожденных, наследственных, приобретенных заболеваний, дефектов и травм нуждается в социальной помощи и защите.

Медико-социальная экспертиза детей - это этапный процесс, предполагающий последовательную диагностику у ребенка следующих уровней: клинико-функционального состояния организма с учетом возрастных норм развития; выраженности ограничения жизнедеятельности и степени зависимости от взрослого; признаков инвалидности, влияющих на дальнейшее физическое, психическое и социальное развитие; реабилитационных возможностей и потребностей в реабилитационной помощи.

В настоящее время в различных отраслях науки о человеке существуют разнообразные возрастные периодизации. Периодом принято считать промежуток времени, охватывающий какой-либо законченный процесс. Детство охватывает значительный временной отрезок в жизни современного человека и включает в себя ряд этапов развития, отличающихся друг от друга по своему содержанию. Каждому возрастному периоду характерны ярко выраженные, специфические особенности. Смена периодов происходит скачкообразно, периоды ускорения развития

сменяются периодами замедления. Особенности развития ребенка в каждый период имеют количественные и качественные отличия от предыдущего. Знание особенностей возрастной периодизации необходимо для правильного построения индивидуальной программы физической реабилитации ребенка, имеющего отклонения в состоянии здоровья.

В практическом здравоохранении выделяют следующие этапы развития детского организма:

- период новорожденности (с рождения до 4 недель);
- период грудного возраста (с 4 недель до 1 года);
- преддошкольный период (от 1 года до 3 лет);
- дошкольный период (с 3 до 6 лет);
- младший школьный период (с 7 до 10 лет);
- средний школьный период (с 11 до 14 лет);
- старший школьный период - ранняя юность.

В основе периодизации лежат особенности физического, нервно-психического и социального развития ребенка. Отдельные этапы жизнедеятельности ребенка характеризуются различной степенью зрелости и особенностями функционирования органов и систем, а также механизмов, определяющих взаимодействие организма с внешней средой.

Выделяют следующие основные категории жизнедеятельности у лиц до 18 лет:

- способность к передвижению;
- способность к самообслуживанию;
- способность к общению;
- способность к ориентации;
- способность к обучению;
- способность к контролю своего поведения;
- способность к ведущей возрастной деятельности.

Оценка ведущей возрастной деятельности основана на тех видах деятельности ребенка, присущих различному возрастному периоду:

- От 0 до 1 года - эмоционально-личностное общение (с матерью, лицом, осуществляющим уход);
- С 1 года до 3 лет - предметная деятельность;
- С 3 до 6 лет - игровая (сюжетно-ролевая) деятельность;

- С 6 до 14 лет - учебная (школьно-образовательная) деятельность;

- С 14 до 18 лет - готовность к профессиональному обучению и трудовой деятельности или трудовая деятельность.

Существует определенная стадия развития функционального состояния той или иной системы, способствующая или препятствующая последующему развитию основных способностей, обеспечивающих «ступенчатое» снижение социальной зависимости ребенка от взрослого и приводящая, в конечном итоге, к формированию его полной социальной независимости. В том случае, если физическое, психическое и социальное развитие ребенка осуществляется в соответствии с возрастными нормами, оно приводит к достаточной реализации или сформированности сложных биосоциальных функций, обеспечивающих в будущем социальную компетентность личности. Если же это развитие (в силу заболевания, травмы, врожденного дефекта) подвергается задержке, то последующая реализация его конечной цели (обеспечение независимости по основным социальным параметрам) сомнительна, а зачастую невозможна.

Таким образом, говоря о категориях жизнедеятельности у детей, подразумевается в первую очередь степень развития этих навыков, приводящих к законченному понятию «самообслуживание», «передвижение», «общение» и т.д. на различных этапах физического, психического и социального развития ребенка. Причем периоды «созревания» этих способностей не предполагают определенно точной возрастной даты, а имеют «скользящий» график в зависимости от физиологических особенностей развития детей различных возрастных периодов.

**Период новорожденности** протекает без осложнений у большинства детей, родившихся от здоровых матерей. Такие дети в постнатальном периоде легче адаптируются к новым для них условиям внешней среды. К внешним признакам адаптации можно отнести неустойчивость температуры тела новорожденного, выраженную в транзиторной лихорадке (3-4 дня). Температура повышается до 38-40°C и удерживается

несколько часов. Физиологическая желтуха присутствует у 50% новорожденных. На 3-4-й день жизни ребенка отмечается физиологическое снижение массы тела на 5-7%, которая возвращается к исходному уровню к 10-11-му дню. В этот период все системы организма находятся в состоянии неустойчивого равновесия. Пассивный иммунитет предохраняет новорожденного от острых вирусных инфекций (корь, скарлатина, краснуха и т. д.), но вместе с тем дети восприимчивы к стафилококкам, сальмонеллам.

Период грудного возраста характеризуется повышенной интенсивностью обменных процессов на фоне функциональной незрелости основных систем организма. Пассивный иммунитет ослабевает, а приобретенный еще достаточно слаб, поэтому во второй половине года возрастает вероятность заболеваний вирусными инфекциями, острыми желудочно-кишечными болезнями, пневмонией, кожными заболеваниями, рахитом.

Преддошкольный период (раннее детство) характеризуется заметным снижением энергии роста, но более быстрым развитием центральной и периферической нервной системы, расширяются условно-рефлекторные связи, происходит становление второй сигнальной системы. Дети подвижны, любознательны, активно контактируют с внешним миром. У них совершенствуется речь, быстро развивается психика, расширяются границы эмоциональных проявлений: радости, обиды, удивления, страха, застенчивости, которым свойственна лабильность. Продолжает созревать двигательный анализатор, центральное звено которого расположено рядом с центром речи и письма. Под действием сигналов из двигательных центров стимулируется развитие близлежащих областей, поэтому, давая ребенку задания на развитие мелкой моторики (мозаика, игры с конструкторами и др.), можно совершенствовать его речь, учить счету. Задержка созревания движений повлечет задержку речи и общее отставание в психомоторном развитии. Не следует ограничивать двигательную активность ребенка и различные игры, в которых закладываются бытовые и трудовые навыки.

Дошкольный период (первое детство) характеризуется качественным и функциональным совершенствованием головного мозга, органов и систем. Большинство детей начинают

посещать детские дошкольные учреждения. В контактах со сверстниками расширяется кругозор ребенка, его взаимодействие с окружающим миром. Продолжает укрепляться опорно-двигательный аппарат, увеличивается объем активных движений. К концу периода начинается смена молочных зубов.

До 4 лет дети не могут сочетать четкие движения с ходьбой. Бег похож на семенящий шаг. Дети легко играют с мячом, но им еще трудно ловить его и бросать. Внимание неустойчиво, ребенок быстро утомляется от однообразных движений. К 5 годам координация улучшается, осваиваются прыжки. К 6 годам дети бегают уже легко, исчезают боковые раскачивания. В этом возрасте у детей часто развиваются инфекционные болезни, связанные с низким иммунитетом и возрастными контактами. К концу пребывания в детских садах увеличивается количество детей, часто болеющих или имеющих слабое физическое развитие. Завершается период первым физиологическим вытяжением - значительным увеличением длины конечностей. Отставание в развитии сердечно-сосудистой системы приводит к появлению в это время функционального изменения сердца.

Младший школьный период (второе детство) характеризуется равномерным ростом и развитием ребенка. Ежегодная прибавка в росте составляет 5 см, в массе - 2-3 кг. С позиции физиологов это один из наиболее скоростных периодов в развитии высшей нервной деятельности. Продолжает улучшаться память, повышается интеллект, концентрация внимания. К этому возрасту закончил свое формирование позвоночник, но он остается подвижным и легко поддается негативным воздействиям, поэтому требуется постоянный контроль за осанкой. Впервые проявляется половой диморфизм физического развития. У мальчиков формируется характерное мышечное сложение. У детей совершенствуются кистевые и пальцевые движения, отмечается их легкость и естественность.

Средний школьный и старший школьный периоды. Это наиболее трудные и ответственные периоды в жизненном цикле человека, основная особенность которых - половое созревание, связанное со сложными «физическими и психическими состояниями» ребенка. Дети еще не становятся взрослыми, но уже перестают быть детьми. На этот период приходится второй «пик»

скелетного вытяжения, называемы пубертатным скачком роста: у мальчиков - до 1,5 см в год, у девочек - до 8. Затем скорость роста резко снижается и доходит до нуля.

Продолжают совершенствоваться функции основных систем организма. У девочек в этот период наблюдаются так называемые вегетативные вспышки и взрывы: возникают неожиданные сердцебиения, одышка, сосудистые расстройства; жалобы на болевые ощущения в области сердца. Данные явления - результат временного расстройства регуляции работы внутренних органов. В результате у девочек часто отмечается и повышенная возбудимость: резкая смена настроения, склонность к слезам. Все отмеченные изменения в высшей нервной деятельности у мальчиков выражены менее, чем у девочек. Это объясняется тем, что у мальчиков значительно больше объем двигательной активности, что частично уменьшает отмеченные изменения.

**Юношеский период:** 17-21 год - для юношей, 16-20 лет - для девушек. Организм начинает переходить на взрослый уровень функционирования. Увеличиваются размеры тела в ширину; за исключением крупных трубчатых костей, завершается окостенение. По уровню суточных энерготрат юноши и девушки приближаются к мужчинам и женщинам. В этот период возрастает уровень этических, эстетических и интеллектуальных эмоций, самосознания. Особенности психики в юношеском возрасте во многом связаны с появляющимся чувством полового влечения. Дети по-прежнему очень ранимы.

Рациональный режим дня, оптимальная двигательная активность станут основой нормального функционирования разных систем организма, а своевременная коррекция (средства ЛФК) развивающихся отклонений в состоянии здоровья позволит ребенку переходить в каждый новый период жизни с определенным запасом прочности. Главной особенностью физической реабилитации больных и ослабленных детей является то, что после болезни они страдают от гипокинезии, на фоне которой к страданиям патологическим добавляются нарушения физического, психического и моторного развития.

Средства ЛФК, используемые в детском возрасте, - лечение положением, массаж, физические упражнения, естественные факторы природы. ЛФК показана при абсолютном большинстве

заболеваний как общеразвивающая, общеукрепляющая и патогенетическая терапия. Противопоказания те же, что и у взрослых, но добавляются временные противопоказания по применению отдельных видов двигательных заданий.

**Общие методические указания по реабилитационным мероприятиям в работе с детьми:**

1. Учитывать характер патологического процесса, его стадию.

2. Принимать во внимание психомоторное развитие ребенка.

3. Начиная с 4-5-го периодов и старше наблюдать за особенностями реакции на лечебную гимнастику.

4. Осуществлять строгий медико-педагогический контроль за детьми всех возрастных периодов.

5. Учитывать признаки утомления (недовольство, ухудшение качества выполнения, вялость, отказ от выполнения).

6. Переход к занятиям по комплексу с большей психофизической нагрузкой необходимо осуществлять постепенно, добавляя новые упражнения в старый комплекс.

7. Проводить занятия минимум за 30 мин до еды или через 45-50 мин – после принятия пищи.

8. Кабинет, где проводятся занятия ЛФК, должен быть хорошо проветрен, температура воздуха в нем  $+22^{\circ}$  -  $+20^{\circ}$  а в теплое время года лучше проводить занятия лечебной гимнастикой при открытом окне (форточке).

9. Начинать и заканчивать процедуру легким поглаживанием, этот прием включать и между упражнениями, так же как и дыхательные упражнения, чтобы расслабить мышцы ребенка, успокоить его, дать ему отдых после сложного упражнения - снизить нагрузку на организм ребенка.

10. Моторная плотность занятия ЛГ к концу курса возрастает до 80-90% независимо от возраста ребенка.

11. Использовать музыкальное сопровождение: для возбудимых детей - тихая, мелодичная, для флегматичных, заторможенных - бодрая, ритмичная музыка.

12. Своевременное назначение ЛГ в период ранних нарушений.

13. Занятия должны проводиться ежедневно или через день, с обязательным выполнением упражнений несколько раз в день.

14. Время для проведения корригирующей гимнастики с детьми составляет: при индивидуальном методе занятий - 30 минут; при групповом методе занятий 45 минут. Для проведения корригирующей гимнастики с детьми дошкольного возраста: при индивидуальном методе занятий - 25 минут; при групповом методе занятий - 30 минут.