

**МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ
СПЕЦИАЛЬНОГО И ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ
ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ
И МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

Методические рекомендации

Алматы 2024

УДК 376
ББК 74.3
О-64

Одобрено и рекомендовано научно-методическим советом Национального научно-практического центра развития специального и инклюзивного образования (протокол № 46 от ноября 2024 года).

Утверждено и рекомендовано к использованию Департаментом инклюзивного и специального образования Министерства просвещения Республики Казахстан (07-1-07-4/1225-И от 18.02.2025).

Авторы-составители:

Ерсарина А.К. - снс ННПЦ РСИО, канд. психол.наук.

Абдрахманова А.К. врач-реабилитолог ННПЦРСИО

Токарева А.С.- педагог/инструктор лечебной физкультуры ННПЦРСИО

Рецензенты:

Кефер Н.Э. - доцент, зав.кафедры спортивных игр Казахской Академии спорта и туризма, МСМК,ЗМС.

Джангельдинова З.Б. – магистр педагогических наук, руководитель отдела реабилитации и внедрения новых технологий ННПЦ РСИО

Организационно-методические основы оказания помощи детям с двигательными и ментальными нарушениями: метод. рекомендации/ Ерсарина А.К., Абдрахманова А.К., Токарева А.С. - Алматы: ННПЦ РСИО, 2024. - с.

SBN 978-601-09-8997-9

В методических рекомендациях изложены основные направления и содержание деятельности врача-реабилитолога и педагогов/инструкторов лечебной физкультуры (ЛФК) в условиях реабилитационных центров и кабинетов психолого-педагогической коррекции системы образования. Методические рекомендации предназначены для использования специалистами, оказывающих помощь детям с двигательными нарушениями: педагогам лечебной физкультуры, социальным педагогам и врачам-реабилитологам организаций образования, а также здравоохранения и социальной защиты.

УДК 376
ББК 74.3

ISBN 978-601-09-8997-9

© ННПЦ РСИО, 2024
© Ерсарина А.К., Токарева А.С.,
Абдрахманова А.К., 2024

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ, УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

- РК - Республика Казахстан
- МОН РК - Министерство образования и науки Республики Казахстан
- МП РК - Министерство просвещения Республики Казахстан
- ННПЦРСИО - Национальный научно-практический центр развития специального и инклюзивного образования
- ООП- особые образовательные потребности
- КППК - кабинет психолого-педагогической коррекции
- РЦ - реабилитационный центр
- ИРП - индивидуально-развивающая программа
- ПМПК - кабинет психолого-педагогической коррекции
- МКФ - Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья
- ЛФК - лечебная физическая культура
- ТСР - технические средства реабилитации
- ДЦП - детский церебральный паралич
- ДКО - диагностико-консультативный отдел
- ОРВНТ - отдел реабилитации и внедрения новых технологий
- НОДА - нарушения опорно-двигательного аппарата
- АФК- адаптивная физическая культура
- МДГ- мультидисциплинарная группа
- БСФ - биосоциальная функция
- ШРМ - шкала реабилитационной маршрутизации
- ИПАР - индивидуальная программа абилитации и реабилитации

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ	
1. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ	7
1.1. Современные подходы к оценке проблем развития и оказания помощи детям с инвалидностью.....	7
1.2. Оценка проблем развития и оказание помощи детям с ограниченными возможностями в рамках Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья	9
1.3. Современные методы оценки и оказания помощи детям с двигательными нарушениями.....	11
1.4. Использование технических и вспомогательных средств в реабилитации детей с инвалидностью	14
2. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРАХ	17
2.1. Нормативно-правовые и организационно-методические основы медицинской реабилитации	17
2.2. Медицинская реабилитация детей с инвалидностью в специальных организациях образования	19
2.3. Порядок и содержание деятельности врача-реабилитолога.....	20
3. ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГА/ ИНСТРУКТОРА ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ.....	32
3.1. Функциональные обязанности и должностные требования к деятельности педа- гога/инструктора ЛФК	32
3.2. Порядок и содержание деятельности педагога/инструктора ЛФК	33
3.2.1. Первичный прием ребенка и его семьи, индивидуальное обследование ребенка.	34
3.2.2. Участие в междисциплинарной командной оценке и составление рекомендаций для родителей и спец.....	48
3.2.3. Разработка индивидуально развивающих программ.....	52
3.2.4. Оказание развивающей помощи для детей с нарушениями моторного развития	54
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	76
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	59
ПРИЛОЖЕНИЯ	58

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время деятельность организаций образования Республики Казахстан осуществляется на основе социально-педагогической модели и принципа инклюзивности, обеспечивающего равные права и возможности всем детям, в том числе с инвалидностью. Внедрение социально-педагогической модели в деятельность организаций образования осуществляется на основе международных документов ООН в области прав детей с инвалидностью и отечественным законодательством в области специального и инклюзивного образования: Законом Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам инклюзивного образования» (2021г), «Правила деятельности специальных организаций образования» (2022г) [1-7].

Введение новых понятий, норм, правил в области инклюзивного и специального образования создает необходимые нормативно-правовые и организационные условия для реализаций главных направлений всех организаций образования:

- оценку особых образовательных потребностей у детей;
- создание для детей с ООП специальных условий обучения;
- специальная психолого-педагогическая и медико-социальная поддержка детей с ограниченными возможностями в кабинетах психолого-педагогической коррекции и реабилитационных центрах.

Согласно Правил деятельности специальных организаций образования (Приказ МП РК №385), кабинеты психолого-педагогической коррекции и реабилитационные центры оказывают комплексную психолого-педагогическую помощь детям с нарушениями в психофизическом развитии. Комплексная поддержка предусматривает проведение как психолого-педагогической, так и медико-социальной реабилитации такими специалистами как педагог/инструктор ЛФК, врач-невропатолог, врач-реабилитолог, медсестра-массажист.

Медицинская и двигательная реабилитация (лечебная физкультура) является важным направлением в комплексной реабилитации детей с нарушениями психофизического развития. Базисные сенсомоторные навыки являются необходимым условием и основой для развития всех сторон психического развития ребенка и формирования академических навыков: интеллектуальных, речевых, социально-коммуникативных. У многих де-

тей с ограниченными возможностями отмечаются различные нарушения моторного развития – от негрубой задержки формирования двигательных навыков до их практически полного отсутствия. Грубые нарушения двигательной сферы инвалидизируют ребенка, значительно ограничивая его возможности не только физической, но и психолого-педагогической реабилитации, препятствуют его социализации в обществе. Поэтому эффективность комплексной реабилитации детей с тяжелыми нарушениями развития в КППК и РЦ во-многом зависят от уровня организации деятельности и качества оказания услуг педагогом/инструктором ЛФК, врачами - невропатологом и реабилитологом.

В настоящее время порядок и содержание деятельности этих специалистов в кабинетах коррекции и реабилитационных центрах еще недостаточно отражены в нормативно-инструктивных документах, регламентирующих работу специальных организаций образования. Содержание деятельности врача-реабилитолога, как относительно новой специальности в казахстанской системе здравоохранения, также требует организационно-методического обеспечения с учетом специфики оказания реабилитационной помощи детям с ограниченными возможностями в организациях специального образования. Задача методических рекомендаций восполнить пробелы в инструктивно-методическом обеспечении деятельности педагогов ЛФК, врачей-реабилитологов в условиях КППК и РЦ.

В рекомендациях изложены современные подходы к реабилитации детей с тяжелыми нарушениями развития (инвалидностью): определены направления и содержание реабилитационной работы на основе социальной модели, предполагающей использование МКФ и других международных инструментов оценки, реабилитации и поддержки детей с инвалидностью, и их семей. Методические рекомендации состоят из глав, раскрывающих общие подходы всех специалистов по оценке и оказанию помощи детям с ограниченными возможностями в КППК и РЦ и отдельных глав, посвященных деятельности педагога ЛФК и врача реабилитолога.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

1. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

1.1. Современные подходы к оценке проблем и оказания помощи детям с инвалидностью

В настоящее время отношение государства и общества к лицам с инвалидностью в подавляющем большинстве стран мира основывается на концепции социальной реабилитации. В основе социальной модели лежит концепция равных прав и возможностей для всех членов общества и нормализации жизни человека с нарушениями здоровья. Нормализация жизни не означает, что человек с нарушениями становится «нормальным», т. е. человеком без нарушений, этот термин означает, что жизнь человека становится нормальной, такой же, как у других членов общества [1-6]. «Качество жизни людей определяется не нарушениями, а тем, что мешает им вести полноценную жизнь, т. е. жить так же, как другие люди без нарушений» [цит. по 6].

В отличие от медицинской модели, где проблему инвалидности связывали с неизлечимыми болезнями, нарушениями и весь объем помощи ограничивался в рамках установленного диагноза (распределении льгот и пособий, направлении в специальные учреждения и пр.), социальная модель акцентирует внимание не на нарушениях здоровья, на выявление трудностей и ограничений, возникающих у человека с инвалидностью, в связи с существующими в обществе условиями. Общество создает барьеры, не позволяющие человеку с нарушениями вести полноценную жизнь. Это определение легло в основу социальной концепции реабилитации инвалидности» [1-6].

В настоящее время изменение парадигмы комплексной реабилитации на основе социальной модели можно обнаружить в новых направлениях деятельности КППК и РЦ:

1. Использование для оценки проблем и разработки программ реабилитации Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) и других инструментов оценки проблем и разработки программ помощи ребенка и его семье [7].

2. Активное привлечение родителей к оказанию помощи детям. Привлечение родителей к развивающей работе осуществляется через:

- 1) проведение групповых форм работы с ребенком раннего возраста и

его семьей, где родителям отводится активная роль в стимуляции развития ребенка на занятиях, а специалистам – роль помощника и консультанта [8];

2) составлении программ для семьи ребенка с инвалидностью для реализации их родителями в домашних условиях [7, 9,10].

Разработка программ помощи семье ребенка с тяжелыми и множественными нарушениями становится новым направлением деятельности кабинетов психолого-педагогической коррекции и реабилитационных центров. Обоснованием разработки таких программ послужили теоретические и практические положения о том, что:

- развитие ребенка происходит в условиях постоянного и разнообразного общения и взаимодействия с близкими людьми. Родители ребенка с тяжелой инвалидностью, осуществляющий ежедневный уход, хорошо знают его особенности, возможности и потребности и нередко становятся лучшими воспитателями и учителями для своего ребенка. Задача специалиста помочь им раскрыть свой потенциал и привлечь ресурсы семьи для развития ребенка [7,9];

- одним из важнейших условий развития ребенка является нормализация его жизни и семьи. Для семьи ребенка с тяжелой инвалидностью очень важно, чтобы ребенок усвоил самые необходимые жизненные навыки: сидеть, ходить, самостоятельно пить из чашки и есть ложкой, раздеваться и одеваться, пользоваться туалетом и т.д. Усвоение социально-бытовых навыков ребенком будет более успешным, если это происходит в ежедневной повседневной жизни семьи, в ходе обычных видов деятельности дома и социальном окружении [7, 9,10].

Таким образом, главной целью социально-педагогической реабилитации детей с тяжелыми и множественными нарушениями является нормализация жизни ребенка и семьи через решение следующих задач:

- создание обычных условий жизни: ребенок живет дома, с родителями, кушает на стуле за столом, бывает на детских площадках, праздниках и пр., как все дети;

- организацию необходимых условий для развития ребенка – наличие общения и игры с детьми, развивающих занятий, вспомогательного оборудования, посещение развивающего центра и детского сада;

- создание инклюзивного окружения вокруг ребенка – людей, которые принимают его таким какой он есть, стремятся помочь ему в развитии, понимая, что ему нужно чуть больше внимания и помощи.

Достижение вышеперечисленных целей и задач возможно в условиях семейно-центрированного и междисциплинарного подходов к оценке всех проблем психосоциального развития и оказания комплексной поддержки детей с тяжелыми и множественными нарушениями. Поэтому, в условиях кабинетов психолого-педагогической коррекции и реабилитационных

центров, междисциплинарная командная оценка и составление на ее основе индивидуально-развивающих программ с учетом запросов и участием родителей, является главным требованием к организации помощи детям с инвалидностью в этих организациях образования.

1.2. Оценка проблем развития и оказание помощи детям с ограниченными возможностями в рамках Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

В настоящее время в международном сообществе проблемы социального развития и определение направлений социальной и психолого-педагогической реабилитации осуществляется в рамках Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), принятой 22 мая 2001 г. Всемирной организацией здравоохранения [6]. Она относится к социальным классификациям и, в отличие от медицинских, оценивает не только и не столько нарушения здоровья, сколько их влияние на функционирование индивида, его активность и участие в различных сферах общественной жизни с учетом сильных сторон, способностей и реабилитационного потенциала человека.

МКФ-ДП дает представление о функционировании и ограничениях жизнедеятельности детей и подростков в разрезе их повседневной жизни, что позволяет давать точное описание их состояния и определять области, требующие наибольшего внимания и помощи, принять меры для улучшения их жизнедеятельности. МКФ имеет две части, каждая из которых состоит из двух составляющих:

Часть 1. Функционирование и ограничения жизнедеятельности:

- а) функции и структуры организма;
- б) активность и участие.

Часть 2. Факторы контекста:

- а) факторы окружающей среды,
- б) личностные факторы.

Каждая составляющая первой и второй части имеют свои разделы. В раздел «функции организма» включены физиологические функции систем организма (включая психические функции), раздел «структуры организма» охватывает различные анатомические части организма, такие как органы, конечности и их компоненты.

Другой составляющей первой части классификации являются «активность и «участие». Активность означает выполнение определенной задачи или действия. Ограничение активности – это трудности в осуществлении активности, которые может испытывать ребенок

Участие – ключевой конструкт МКФ, он описывает вовлеченность ребенка в различные жизненные ситуации (насколько ребенок включен в общение, различные виды деятельности, в жизнь общества). Если активность – персональная характеристика ребенка, то участие – разделенная характеристика: ребенок и окружающие люди, их принятие и предоставление возможности участия. Ограничение возможности участия – это проблемы, которые может испытывать ребенок при вовлечении в повседневные жизненные ситуации. Повседневные жизненные ситуации происходят регулярно, например, еда, туалет, прогулка; менее регулярно, например, новогодний праздник и жизненные ситуации, которые обозначают переходные фазы, например, поступление в школу. Активность и участие проявляются в жизненных эпизодах и повседневных жизненных ситуациях.

Вторая часть МКФ охватывает контекстовые факторы. Факторы окружающей среды создают физическую и социальную обстановку, где ребенок живет и проводит свое время. Они могут оказывать положительное или отрицательное влияние на реализацию его возможностей, потенциальную способность ребенка или на функции и структуру его организма. Факторы среды представлены в классификации на различных уровнях:

- на личном уровне, связанным с непосредственным окружением ребенка: семья, домашняя обстановка, детский сад или школа; контакты со знакомыми, сверстниками; окружающая физическая среда (продукты питания и технологии, экология и т.д.);

- на уровне общества – это различные социальные структуры, общие установки и требования в обществе, оказывающие влияние на индивида. Этот уровень включает различные, государственные учреждения, транспортные и коммуникационные службы и т.д.

Окружающая среда с барьерами и без облегчающих факторов может ограничивать активность и участие ребенка в жизни общества и тормозить реализацию его возможностей в виде создания различных барьеров (например, отсутствие пандусов или развивающих центров) или отсутствие различных видов поддержки (недоступность вспомогательных технических средств или помощь специалистов).

Факторы окружающей среды взаимодействуют с такими составляющими как: функции и структуры организма, активность и участие.

Основная цель использования МКФ препятствовать появлению ограничений активности, ограничений и участия в жизни общества; способствовать нормализации жизни ребенка и его семьи. Использование Международной классификации функциональных ограничений и жизнедеятельности для оказания помощи детям с тяжелыми и множественными нарушениями обладает рядом других преимуществ:

- междисциплинарный характер оценки функционирования и ограни-

чений жизнедеятельности, где помимо медицинских аспектов уделяется большое внимание таким значимым факторам в развитии маленького ребенка как: участие и установки родителей, социальная и бытовая жизнь семьи, коммуникация и окружающая среда;

- направленность на выявление сильных сторон, потенциала и ресурсов ребенка и его семьи;

- использование родителей в качестве экспертов в оценке функционирования и ограничений жизнедеятельности. Система оценки в МКФ предполагает выстраивание равноправных партнерских отношений и кооперации с родителями, что в дальнейшем создает наиболее благоприятные возможности и условия для вовлечения родителей в процесс развития, обучения и воспитания ребенка.

Специалистам КППК и РЦ, осуществляющих междисциплинарную командную оценку и оказывающих помощь детям с тяжелыми и множественными нарушениями (инвалидностью) необходимо руководствоваться материалами МКФ [6] и методическими рекомендациями ННПЦРСИО по использованию МКФ [7, 9,10], изложенными на электронном ресурсе <https://www.special-edu.kz/>.

1.3. Современные методы оценки и оказания помощи детям с двигательными нарушениями

Наряду с МКФ как методологического инструмента оценки проблем развития лиц с инвалидностью используются другие методы и инструменты оценки с целью определения направления и содержания реабилитационной работы.

1. Канадская оценка выполнения деятельности (COMP- Canadian Occupational Performance Measure Law, Baptise, Carswell, McColl, Polatajko, Pollock, 1994) в формате интервью родителей ребенка [11]. Оценка проблем ребенка и путей их преодоления происходит в ходе равноправного обсуждения с родителями стратегии помощи, равного обмена мнениями. В ходе интервью родителей выясняется: важность для развития озвученной родителями деятельности ребенка; качество ее выполнения; удовлетворенность родителями выполнением этой деятельности (навыка) ребенком. Оценка выполнения деятельности по СОПМ, наглядно показывает динамику изменений в развитие ребенка.

2. Программа MOVE (системы оценивания поэтапного выполнения двигательного-моторной деятельности), разработанная в Великобритании с целью поэтапного развития двигательных навыков с использованием различного реабилитационного оборудования и вспомогательных техни-

ческих средств [12]. Поэтапное развитие двигательных навыков по программе MOVE осуществляется по системе снизу-вверх- от самых простых моторных навыков к более сложным и справа- налево – от более низкого уровня овладения навыка к более высокому. Программа включает в себя три основных этапа в формировании двигательных навыков: умения сидеть, стоять, ходить, каждый из которых в свою очередь состоит из этапов формирования более мелких навыков для достижения конечной цели. Такая система поэтапного формирования двигательных навыков позволяет более точно оценить уровень и двигательные возможности ребенка, с пошаговой точностью определить задачи программы и последовательно шаг за шаг выполнить ее.

3. Постуральный менеджмент – это программа с междисциплинарным подходом в планировании помощи ребенку с двигательными нарушениями в парадигме МКФ с целью повышения его возможностей и профилактики вторичных и третичных нарушений (контрактур, деформаций, вывихов и подвывихов в тазобедренных суставах), остеопороза, пролежней, застойных явлений в органах дыхания и кровообращения, органах малого таза. Регулярные изменения в положении и удобная поза являются неотъемлемой частью программы постурального менеджмента [13].

Программа «Постуральный менеджмент» направлена на индивидуальный подбор ТСР, лечения и позиционирования детей, которая способствует развитию крупной и мелкой моторики и уменьшает риск развития постуральных деформаций. Постуральный менеджмент включен в повседневный образ жизни человека и применяется в течение всего дня, чтобы охватить все виды деятельности, которые влияют на осанку и функциональные возможности человека.

Эта программа создана и связана с использованием специального оборудования для поддержания правильной позы. Такое оборудование обеспечивает правильное позиционирование в течение дня, что дает ребенку возможность заниматься обычными повседневными делами. Регулярные изменения в положении и удобная поза являются неотъемлемой частью программы постурального менеджмента. Эта программа создана и связана с использованием специального оборудования для поддержания правильной позы. Такое оборудование обеспечивает правильное позиционирование в течение дня, что дает ребенку возможность заниматься обычными повседневными делами. Регулярные изменения в положении и удобная поза являются неотъемлемой частью программы постурального менеджмента. Используя термин «постуральный менеджмент» речь идет не только об использовании технических средств реабилитации, этот термин используется, чтобы описать все, что оказывает влияние на поддержание правильной позы человека [13].

4. Эрготерапия – специальная терапия, направленная на восстановление важнейших функций и навыков, утраченных в процессе болезни. Понятие эрготерапии пришло в современную медицинскую литературу от латинского слова «эргон», что обозначает работа, занятие и труд, а терапия – лечение. Таким образом, этим названием и расшифровывается основная суть данной методики – лечение путем работы над собой. Данный медицинский раздел изучает методы и различные способы восстановления двигательной активности конечностей с помощью лечебной гимнастики и занятий спортом [14-15].

Цель эрготерапии или оккупационной терапии (второе название метода) – не просто восстановить утраченные двигательные функции, но и заново адаптировать человека к нормальной жизни, помочь ему достичь максимальной самостоятельности и независимости в быту. Однако эрготерапия - это не просто специальная лечебная гимнастика, направленная на развитие мелкой моторики, координации и других двигательных функций. Данная методика включает в себя знания по нескольким специальностям — психологии, педагогике, социологии, биомеханике и физической терапии. При помощи трудовой терапии улучшаются не только двигательные, но и когнитивные и эмоциональные возможности. Эрготерапия представляет собой довольно сложный и смешанный комплекс различных мероприятий, направленных на полную реабилитацию всего организма и восстановление возможности заниматься обыденными делами людям с ограниченными возможностями.

5. Комплексная реабилитация – это комплексные мероприятия, направленные на восстановление организма после перенесенных заболеваний или облегчение их симптомов, а также последствий. Вследствие этого люди могут вести социально полноценную жизнь – учиться, работать. Особенно важна ранняя и качественная физическая реабилитация для детей, так как раннее вмешательство обеспечивает эффективность реабилитационных мероприятий. Выделяют различные виды реабилитации [16,17].

Медицинская реабилитация – медикаментозное лечение, хирургическое вмешательство, физиопроцедуры, лечебная физкультура, санаторно-курортное лечение. Начинается она с момента постановки диагноза и продолжается до выздоровления ребёнка или остаточных стойких нарушений хронических болезней, которые необходимо корректировать [16].

Физическая реабилитация включает в себя также лечебную физкультуру, ходьбу, терренкур, посильные занятия спортом. Занимаются ею в период выздоровления или ремиссии. Особенно эффективна при заболеваниях костно-мышечной, кардиологической и бронхолегочной систем, при болезнях нервной системы [17,18].

Психологическая реабилитация проводится всеми специалистами, ко-

торые вступают в контакт с детьми. Создается специальная атмосфера, направленная на выздоровление, психологическую адаптацию к своим физическим ограничениям людей с инвалидностью. Также проводятся специальные беседы и занятия с семьей ребёнка с нарушениями развития.

Социальная реабилитация направлена на предотвращение инвалидизации или уменьшение степени утраты трудоспособности, улучшение способностей к самообслуживанию, адаптацию в обществе. Также людей или семью ребенка с инвалидностью консультируют по вопросам: законные права и как использовать свои права на бесплатную помощь, различные виды реабилитации, обеспечение специальными техническими средствами, облегчающими жизнь людям с ограниченными возможностями [19].

Одним из важных направлений реабилитации является использование специального оборудования, вспомогательных и технических средств.

1.4. Использование технических и вспомогательных средств в реабилитации детей с инвалидностью

Оборудование для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата должно выполнять ряд определенных функций в зависимости от степени тяжести двигательных расстройств и физических возможностей ребенка. Оно должно помогать овладению двигательными навыками, способствовать его развитию, компенсировать ограниченность в движении, не допускать вторичных осложнений и улучшать общее качество жизни. [14,17,18].

Подбирать оборудования для ребенка с двигательными нарушениями на реабилитационный период необходимо только после консультации врача-реабилитолога. Рассмотрим некоторые основные виды специального оборудования.

Вертикализаторы являются одними из самых распространенных тренажеров, использование которых на регулярной основе способствуют значительному улучшению в моторном развитии. Он направлен на формирование двигательных образов и остановку развития осложнений у детей с тяжелыми двигательными нарушениями, поскольку ему необходимо регулярно обеспечивать вертикальное положение тела.

При выборе вертикализатора важно учитывать габариты устройства, цвет, форму и внешний вид. Он не должен пугать или расстраивать ребенка: в противном случае лучше подобрать другой вариант. Вертикализатор должен обладать настройками для более тонкой индивидуальной адаптации его особенностям ребенка. Таз ребенка должен фиксироваться дополнительными ремнями безопасности.

Специальные стулья и кресла используются с целью обеспечения ре-

бенку возможности сидеть и сохранять правильную позу (осанку). Специальные кресла и стулья имеют модификации с различными фиксаторами на любой случай. Например, если ребенок заваливается назад, то необходима регулировка спинки и фиксатор для головы. Стулья и кресла подбираются не по возрасту ребенка, а по их техническим характеристикам.

При настройке сиденья необходимо правильно настроить глубину и ширину сиденья по всей площади в зависимости от габаритов ребенка для равномерного распределения его массы по всему стулу и предотвращения образования пролежней.

Кресла-коляски применяют для самостоятельно не передвигающихся детей. Выбор конкретного варианта не отличается от обычного, учитывается высота, вес, ширина и глубина кресла-коляски. Кресла-коляски могут быть бывают 3-х видов - комнатные, прогулочные и комбинированные.

Первый вариант самый распространенный. Это универсальные коляски небольших размеров для дома. Они отличаются хорошей маневренностью и маленьким объемом. Их также можно использовать для прогулок, но лучше сперва заранее подобрать место с ровной дорогой.

Второй вариант - прогулочные. Они также имеют множество подвидов. Для совсем маленьких это обычные уличные коляски с детьми. Под них специально делают пневматические шины и множество регулировок по подлокотникам, спинки и ручек. Также они оборудованы защитой от дождя, солнца и любых других внешних воздействий. Для безопасности предусмотрены фиксирующие ремни. Большинство прогулочных колясок могут быстро складываться для удобства переноски.

И последний вид - комбинированные. Это универсальные модели для дома и улицы. Они вобрала в себя все лучшие функции от комнатных и прогулочных решений.

Для детей с нетяжелыми двигательными нарушениями предусмотрены коляски с ручками и большими колесами сзади. Приводить ее в движение сможет ребенок и взрослый, помогая ему учиться самостоятельному передвижению.

Кресла-стулья с санитарным оснащением для детей с тяжелыми нарушениями, которые часто не имеют возможности менять свое местоположение. Для этого было разработано множество специального оборудования приспособлений с санитарным оснащением. Они облегчают пересадку детей и любых других больных пациентов во время реабилитации.

Практически все подобное оборудование представляет собой насадку или сиденье, устанавливаемые поверх унитазов, ванн, раковин и душа. Для исключительных случаев, когда нет возможности пересадить пациента, используется кресло-стул с санитарным оснащением.

Как правило, конструкции данного типа проектируются с расчетом на

универсальность. Но все некоторые параметры учитываются индивидуально. Например, наличие дополнительных подлокотников, тормоза для колес (при наличии), цвет и само оснащение. Каждая модель ориентирована на человека определенных габаритов, поэтому необходимо учитывать его вес и рост при подборе.

Ходунки используются для обучения навыкам ходьбы детей, а также для облегчения передвижения пожилых людей и с инвалидностью. Они подбираются индивидуально в зависимости от назначения. Определенные модели рассчитаны на постоянное использование, а другие используют в реабилитационных целях. Наиболее распространены 2 вида ходунков: с ножками и с колесиками. Первый вариант хорошо подойдет на первые дни восстановления, когда важна максимальная устойчивость. Широкий модельный ряд позволяет подобрать наиболее подходящий вариант. Почти все они имеют регулировку по высоте в зависимости от роста ребенка. Неправильная настройка может привести к нарушению осанки и другим проблемам с позвоночником.

Следующим параметром при выборе ходунков для реабилитации является вес. Необходимо учитывать максимально возможную нагрузку, особенно, если планируется некоторая активность. Некоторые модели оснащаются дополнительными рукоятками и подлокотниками. В более доступных ходунках они выполнены из пластика, но можно подобрать варианты с мягким покрытием.

И последним параметром выбора ходунков является размер колес и система торможения. Если все передвижения ограничены домом, то используются небольшие колеса, а в остальных случаях - большие в зависимости от качества дороги. Все они подвержены ремонту в случае поломок. Для торможения используют пневматическую или блокирующую систему.

Выбор любого оборудования для ребенка с двигательными нарушениями может осуществить только специалист. Оборудование должно соответствовать определенным техническим характеристикам и индивидуальным особенностям ребенка. Правильно выбранное оборудование и соблюдение всех рекомендаций врача ускорит процесс реабилитации, а также существенно улучшит качество жизни ребенка.

2. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРАХ

2.1. Нормативно-правовые и организационно-методические основы медицинской реабилитации

Медицинская реабилитация в Республике Казахстан осуществляется в соответствии с Правилами оказания медицинской реабилитации [20]. Согласно Правил под медицинской реабилитацией понимается медицинская реабилитация – комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение, частичное или полное восстановление нарушенных и (или) утраченных функций организма пациента.

Медицинская реабилитация в Казахстане осуществляется согласно стандартам организации оказания медицинской помощи и клиническим протоколам диагностики и лечения по профилям заболеваний. Медицинская реабилитация оказывается: в амбулаторных, стационарных, в стационарозамещающих условиях; на дому: (стационар на дому), в санаторно-курортных организациях: санаториях (для взрослых, детей), детских реабилитационно-оздоровительных центрах.

Уровень оказания медицинской реабилитации определяется в зависимости от нозологии, степени тяжести состояния пациента и нарушений биосоциальных функций (БСФ) на основе критериев МКФ.

Оценку степени тяжести состояния пациента и определения реабилитационного потенциала осуществляет врач-реабилитолог и(или) мультидисциплинарная группа (МДГ) – группа различных специалистов, формируемая в зависимости от характера и степени жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма пациента, тяжести его клинического состояния.

Определение степени тяжести состояния пациента и реабилитационного потенциала осуществляется по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) на основе критериев МКФ. Степень тяжести пациента оформляется в виде реабилитационного диагноза; реабилитационный потенциал устанавливается как клинически обоснованная вероятность перспективы частичного или полного восстановления нарушенных и (или) утраченных функций организма пациента в определенный отрезок времени. На основе ШРМ осуществляется разработка индивидуального плана реабилитации

Медицинская реабилитация включает три этапа:

Первый этап – медицинская реабилитация в остром, подостром периодах заболевания, проводится в условиях стационаров, после консультации врача реабилитолога для профилактики осложнений и ускорения функционального восстановления согласно клиническим протоколам.

Второй этап – медицинская реабилитация проводится в специализированных отделениях или специализированных реабилитационных центрах, многопрофильных стационарах.

Третий этап проводится после завершения лечения основного заболевания, при врожденных заболеваниях и при сохранении БСФ после оценки критериев МКФ. Медицинская реабилитация проводится в амбулаторно-поликлинических организациях, дневных стационарах, реабилитационных центрах, санаторно-курортных организациях.

Устанавливается следующий порядок направления пациентов на медицинскую реабилитацию:

1) При первичном обращении пациента в ПМСП, нуждающегося в медицинской реабилитации, врач ПМСП направляет пациента на консультацию к врачу-реабилитологу или МДГ;

2) Врач-реабилитолог или МДГ:

- проводят обследование для формирования первичного реабилитационного диагноза на основании критериев МКФ;

- определяют маршрут пациента по шкале ШРМ;

- направляют на этапы реабилитации (второй или третий) с оформлением медицинской части индивидуального плана реабилитации. В медицинской карте указывается реабилитационный диагноз с оценкой ШРМ и критериев МКФ, состояние пациента при выписке: с улучшением, без изменения, с ухудшением.

3) Врач ПМСП направляет пациента на медицинскую реабилитацию на основании рекомендации врача-реабилитолога или МДГ с определением ШРМ в соответствии с критериями МКФ.

Показатель ШРМ оценивается при обращении в организацию первичной медико-санитарной помощи по максимально выраженному критерию МКФ. Принцип оценки нарушений функций основывается на анатомо-физиологическом признаке.

Таким образом, врачу-реабилитологу реабилитационного центра в системе специального образования необходимо руководствоваться следующими положениями:

1. Оказание услуг медицинской реабилитации в реабилитационном центре системы специального образования регламентируется вышеуказанным Приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

2. Врач-реабилитолог реабилитационного центра в системе образования

проводит мероприятия по медицинской реабилитации на основе реабилитационного диагноза, установленного врачом-реабилитологом организаций здравоохранения и направленного врачом ПМСП в реабилитационный центр.

3. Для оказания услуг по медицинской реабилитации врач-реабилитолог реабилитационного центра ориентируется на медицинскую карту, в которой указан оный реабилитационный диагноз с оценкой по шкале реабилитационной маршрутизации на основе критериев МКФ.

4. Реабилитационный центр как специальная организация образования может относиться к организациям, оказывающим услуги медицинской реабилитации на третичном уровне и третьем этапе, на котором медицинская реабилитация проводится после завершения лечения основного заболевания, при врожденных заболеваниях и при сохранении БСФ после оценки критериев МКФ.

2.2. Медицинская реабилитация детей с инвалидностью в специальных организациях образования

Медицинская реабилитация в системе образования осуществляется в реабилитационных центрах, которые открываются в городах областного значения. Реабилитационный центр согласно Порядка деятельности РЦ является специальной организацией образования, реализующей индивидуально развивающие и коррекционно-развивающие программы. Центр оказывает комплексную психолого-педагогическую и медико-социальную помощь детям и подросткам с нарушениями в психофизическом развитии в возрасте от рождения до 18 лет [21].

При поступлении ребенка в Центр проводится психолого-педагогическое и медико-социальное изучение ребенка с целью выявления его особенностей его развития и здоровья, а также необходимости проведения междисциплинарной командной оценки. Междисциплинарная командная и индивидуальная оценка психофизического развития ребенка проводится с целью определения особых образовательных потребностей, основных направлений медико-социальной реабилитации и коррекционно-развивающего обучения и выбора эффективных методов медико-социальной и психолого-педагогической помощи.

Междисциплинарную оценку психофизического развития ребенка с ограниченными возможностями осуществляют специальный педагог: олигофренопедагог, сурдопедагог, тифлопедагог, логопед, психолог, инструктор ЛФК и/или учитель физической культуры, врач-реабилитолог, социальный педагог. На основе результатов командной и индивидуальной оценки уста-

навливается объем помощи и услуг ребенку, продолжительность занятия, разработается индивидуально развивающая программа ребенка [21].

Медицинскую помощь в Центре осуществляют: врач-невропатолог, врач-реабилитолог, медсестра-массажист, инструктор ЛФК.

Медицинская помощь предоставляется в виде медикаментозного лечения, закаливания, лечебной физкультуры, массажа. Первичный осмотр детей с ограниченными возможностями, направленных на массаж, осуществляется врачом-невропатологом. Первичный осмотр детей с ограниченными возможностями, направленных на ЛФК, осуществляется врачом-реабилитологом, который определяет стратегию проводимых мероприятий инструкторов ЛФК. Занятия лечебной физкультурой проводятся на суше, в зале и в бассейне (при его наличии).

Врач-реабилитолог оценивает характер нарушений реабилитационный потенциал ребенка в рамках МКФ, координирует работу по разработке индивидуально развивающей программы для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата и нарушениями моторного развития, определяет последовательность использования средств и методов лечебной физкультуры, осуществляет подбор технических и вспомогательных средств реабилитации, составляет рекомендации и оказывает консультативную помощь родителям [21].

2.3. Порядок и содержание деятельности врача-реабилитолога

Цель деятельности врача-реабилитолога в условиях реабилитационного центра – организация реабилитации детей с ограниченными возможностями для обеспечения социальной адаптации и интеграции детей в окружающую среду через расширение рамок их независимости, сведение к минимуму необходимости посторонней помощи.

Задачи деятельности врача-реабилитолога:

- обследование детей, установление (подтверждение) реабилитационного диагноза с целью определения потребности в получении различных видов реабилитационной помощи;
- разработка плана и определение тактики ведения ребенка;
- назначение, организация лечебных, реабилитационных и профилактических процедур и мероприятий;
- информирование и консультирование родителей ребенка о возможности выбора методов и способов лечения и реабилитации, а также используемых средствах и изделиях медицинского назначения;
- внесение изменения в план лечения в зависимости от состояния пациента и определяет необходимость дополнительных методов обследования;

- контроль правильности проведения лечебных процедур, ЛФК эксплуатации инструментария, аппаратуры;

- внедрение современные методы лечения и профилактики заболеваний.

Врач - реабилитолог должен знать и уметь реализовывать на практике:

- законодательные и нормативные документы, касающиеся медико-социальной экспертизы и реабилитации лиц с нарушениями здоровья, приводящих к ограничениям жизнедеятельности и социальной недостаточности;

- инструментарий и критерии Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья;

- различные виды физиотерапии, основы лечебной гимнастики и массажа; основы эрготерапии, психотерапии;

- порядок назначения и использования технических средств реабилитации; оборудования и требования места под возможности ребенка с инвалидностью;

- основы ухода и обращения с детьми с ограничениями в передвижении, с нарушениями зрения, слуха, голоса, речи;

- экономические и правовые проблемы реабилитации при инвалидности;

- основы организации лечебно-профилактической, скорой медицинской помощи, лекарственного обеспечения населения.

В условиях реабилитационного центра системы специального образования врач-реабилитолог:

- 1) осуществляет прием семьи ребенка с инвалидностью и проводит осмотр детей, используя инструменты МКФ при оценке проблем здоровья ребенка и его влияния на психосоциальное развитие ребенка и социальную адаптацию;

- 2) участвует в междисциплинарной командной оценке, разработке индивидуальных программ реабилитации детей с ограниченными возможностями, оказывает консультативную помощь и составляет рекомендации специалистам, родителям;

- 3) назначает мероприятия медицинской реабилитации и обеспечивает оказание квалифицированной лечебной помощи детям с ограниченными возможностями;

- 4) осуществляет подбор вспомогательных или технических средств реабилитации, в т.ч. для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата;

- 5) определяет последовательность использования средств и методов реабилитации, контролирует работу инструкторов ЛФК, оценивает эффективность использования методов лечебной и адаптивной физической культуры;

- 6) участвует в разработке мероприятий по внедрению новых методов и методик реабилитации детей с ограниченными возможностями, осуществ-

вляет своевременное полное обеспечение зала ЛФК оборудованием;

7) проводит просветительскую работу с родителями ребенка с ограниченными возможностями по вопросам режима питания, быта, обучения и оздоровительной тренировки систем, обеспечивающих восстановление и поддержание здоровья;

8) обеспечивает сохранность оборудования и инвентаря зала ЛФК, бассейна, дает рекомендации. Соблюдает санитарно-гигиенические требования, правила охраны труда.

Алгоритм деятельности врача-реабилитолога

Врач-реабилитолог оказывает реабилитационную помощь следующим категориям детей с ограниченными возможностями:

1) с инвалидностью, обусловленной:

- нарушениями опорно-двигательного аппарата (далее – НОДА);

- нарушениями слуха, зрения, умеренными и тяжелыми нарушениями интеллекта (умственной отсталостью)

- детям со сложными нарушениями (нарушения опорно-двигательного аппарата в сочетании с нарушениями интеллекта, зрения, слуха)

2) с задержкой психомоторного развития в возрасте от 0 до 3-х лет (без оформленной инвалидности). Эти дети, как правило, находятся в группе риска по инвалидности, в связи с тяжелыми или умеренными двигательными, сенсорными и ментальными нарушениями.

Деятельность врача-реабилитолога по оказанию помощи детям с ограниченными возможностями включает в себя несколько этапов

I этап. Первичный прием ребенка и его семьи:

1. Сбор информации и изучение документации - осуществляется в ходе беседы с родителями, предварительно предупреждаются о необходимости принести медицинские документы и заключение ПМПК. Врач-реабилитолог изучает:

1) заключения и рекомендаций ПМПК;

Необходимо обратить внимание на заключения ПМПК, касающихся двигательных нарушений у детей с ОВ. ПМПК выделяет три категории детей с НОДА:

- нарушения опорно-двигательного аппарата: самостоятельно передвигающиеся дети. Этой категории детей, согласно учебного плана КППК и РЦ, помощь специалиста ЛФК оказывается в форме подгрупповых занятий 2 раза в неделю;

- нарушения НОДА: дети, передвигающиеся с помощью технических и иных вспомогательных средств; ЛФК проводится в форме индивидуальных занятий 2 раза в неделю;

- нарушения НОДА: самостоятельно не передвигающиеся дети; ЛФК проводится в форме индивидуальных занятий 3 раза в неделю;

2) медицинские документы:

- паспорт здоровья, заключений врачей: невролога, психиатра, офтальмолога, сурдолога, педиатра и других врачей при их наличии;

- в медицинской карте - заключение реабилитолога организации здравоохранения: реабилитационный диагноз с оценкой по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) и критериев МКФ и индивидуальный план реабилитации (при их наличии);

- заключение и рекомендации врача-невролога реабилитационного центра. Следует подробно изучить заключение врача невропатолога и неврологический статус ребенка: состояние мышечного тонуса, наличие патологических рефлексов, гиперкинезов, контрактур и пр. и сам медицинский диагноз (например, форма ДЦП, тяжесть или степень нарушения). Следует исключить наличие судорог и ознакомиться с рекомендациями невролога или эпилептолога относительно проведения физиотерапии и ЛФК.

Также необходимо ознакомиться с заключениями других врачей, поскольку наличие других заболеваний (сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной и др. систем) следует учитывать при назначении различных видов физиотерапии и проведении занятий лечебной физкультуры.

3) заключения и рекомендации по реабилитации МСЭ или медико-социальной экспертизы (при их наличии). Врач-реабилитолог РЦ уточняют наличие у ребенка технических средств реабилитации в соответствии со стандартами социальных услуг РК, а также других медико-социальных реабилитационных услуг (санаторно-курортного лечения и пр.).

II этап. Осмотр и оценка состояния ребенка.

При первой встрече врач проводит беседу с родителями ребенка беседу в рамках МКФ (Приложение 1), в ходе которой уточняет:

1) что беспокоит родителей в здоровье ребенка и в основных сферах активности и участия ребенка. Здесь специалист может ознакомиться с медицинскими документами, если он еще их не изучил, однако важно уточнить родительское мнение в отношении развития ребенка. Следует выяснить как родители сами оценивают не только проблемы, но и сильные стороны и возможности ребенка. При беседе с родителями выясняется:

2) запрос родителей, что они ожидают (хотели бы) получить от медицинской реабилитации и ЛФК. Важно знать каковы ожидания родителей, чтобы, во-первых, оценить их реалистичность (вероятность и возможность исполнения), а во-вторых, понимать какая консультативная работа в процессе работы должна проводиться с семьей по поводу их ожиданий;

3) что родителям трудно в повседневной жизни, в связи с двигательными, сенсорными и другими нарушениями ребенка: трудно кормить, потому что не держит голову или не сидит; не может выполнять целенаправленные действия с предметами, потому что плохо видит, не могут гулять на улице, так как не ходит и отсутствует специальная коляска для передвижения и т.д. Эта информация необходима, для реализации мероприятий по нормализации

ции жизни ребенка и семьи, а именно составления программы медицинской реабилитации и использования ТСР;

4) какие технические средства двигательной реабилитации имеет ребенок: головодержатель, специальные сидения, вертикализатор, ходунки и пр. Здесь врач выясняет влияние факторов окружающей среды, а именно:

Раздел 1. Продукция и технологии

e115 Изделия и технологии для личного повседневного использования

e120 Изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений

Раздел 5. Службы, административные системы и политика

e575 Службы, административные системы и политика общей социальной поддержки.

В ходе беседы следует уточнить у родителей ребенка с инвалидностью, что он имеет согласно индивидуальной программе абилитации и реабилитации лица с инвалидностью (ИПАР). Согласно Перечню мероприятий по социальной реабилитации дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата должны обеспечиваться различными средствами двигательной реабилитации [22]. Перечень ТСР представлен Приложении 2 данных методических рекомендаций..

Осмотр ребенка. Врач-реабилитолог исследует у ребенка следующие области активности и участия по критериям МКФ:

1. Целенаправленное использование зрения: берет предлагаемую игрушку, рассматривает ее, играет с ней и пр.;

2. Целенаправленное использование слуха: поворачивает голову и смотрит в сторону источника звука; откликается на имя, выполняет словесные просьбы: «Дай», «Покажи, где мама или машинка».

3. Мобильность. Крупная моторика:

1) поддержание положения тела: может держать голову, сидеть, стоять (самостоятельно, неуверенно, с поддержкой)

2) переход из одного положения тела в другое:

- переворачивается со спины на живот и наоборот;

- садится из положения лежа, ложится;

- встает из положения лежа, сидя держась за опору;

- встает самостоятельно;

- садится из положения стоя (приседает);

Перемещение:

- перекачивается телом, ползает: подтягивая ноги;

- ходит с ходунками, у опоры, за ручку, самостоятельно - неуверенно, уверенно.

Тонкая моторика:

1. Дотягивание, хватание, удержание, отпускание, перенос, подтягивание и отталкивание предметов;

2. Манипулирование с предметами;
3. Бимануальная активность (использование правой и левой руки в действии с предметами).

Оценка нарушений здоровья, функционирования и ограничения жизнедеятельности. Реабилитационный диагноз

Оценка состояния ребенка осуществляется в соответствии с критериями МКФ. Врач-реабилитолог осуществляет оценку по разделам МКФ «Функции организма», «Активность и участие» (подразделы «Использование органов чувств», «Мобильность», «Самообслуживание»).

Таблица 1. Содержание разделов МКФ

Функции (b) и связанные с ними структуры (s) организма относительно имеющих ограничений активности /участия	<ul style="list-style-type: none"> - умственные функции и структуры нервной системы - сенсорные (глаз, ухо и относящиеся к ним структуры) и боль, - голос и речь и структуры, участвующие в голосообразовании и речи - сердечно-сосудистая, крови, иммунная и дыхательная системы и соответствующие структуры, - пищеварительная, эндокринная системы и метаболизм-, и соответствующие структуры, - уrogenитальные и структуры, относящиеся к уrogenитальной и репродуктивной системам - нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции, и структуры - кожные; кожа и относящиеся к ней структуры
Активность и участие	<ul style="list-style-type: none"> d1 обучение и применение знаний d2 общие задачи и построение d3 общение d4 мобильность d5 самообслуживание d6 бытовая жизнь d7 межличностные взаимодействия и общение d8 главные сферы жизни d9 жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь
Факторы среды	<ul style="list-style-type: none"> e1 продукция и технология e2 природное окружение и изменения окружающей среды, осуществленные человеком e3 поддержка и взаимосвязи e4 установки e5 службы, административные системы и политика

Кодировка здоровья, активности и участия, факторов окружающей среды применяется лишь с целью определения их уровня функционирования или степени выраженности проблем, что необходимо для определения

направлений индивидуально-развивающей программы помощи ребенку и семье. Степень выраженности проблем развития ребенка: нарушения функций организма, ограничения активности и участия, а также степень влияния негативных (барьеров) и благоприятных факторов окружающей среды измеряются с помощью единой шкалы определителей и указываются в баллах.

Таблица 2. Оценка проблем и факторов окружающей среды.

Коды	Оценка проблем в баллах	Качественная оценка проблемы
Функции организма b (1-7)	1	нет проблем, (крайне незначительные; отсутствие ухудшений)
Структуры организма (s (1-8)	2	легкие проблемы (слабые; незначительное ухудшение)
Активность, участие d (1-9)	3	умеренные проблемы (средние, значимые, умеренное ухудшение)
	4	тяжелые проблемы (высокие, интенсивные, серьезное ухудшение) абсолютные проблемы (полные, с абсолютным ухудшением)
Коды	Оценка факторов в баллах	Качественная оценка факторов
Факторы окружающей среды e (1-5) - барьеры - облегчающие факторы	0	Нет барьеров, облегчающих факторов (отсутствуют или ничтожные)
	1	Незначительные барьеры, облегчающие факторы (легкие, небольшие, слабые)
	2	Умеренные барьеры (средние)
	3	Выраженные барьеры (тяжелые)
	4	Абсолютные барьеры (полные)

По результатам изучения документации, беседы с родителями и осмотра ребенка врач-реабилитолог оценивает состояние здоровья, активность и участие ребенка в баллах в предлагаемой форме. Приведем пример оценки функций организма, активности и участия ребенка со спастико-гиперкинетической формой ДЦП врачом-реабилитологом

Таблица 3. Оценка функций организма, активности и участия ребенка

Медицинский диагноз МКФ: функции организма (структуры)	Оценка в баллах	Активность и участие. Проблемы	Оценка в баллах
Медицинский диагноз ДЦП. Спастико-гиперкинетическая форма. МКФ: Двигательные функции (b750-b789)	2	Мобильность (d5): - неустойчиво держит голову - самостоятельно не сидит, не стоит, не ходит; - переворачивается со спины на живот и наоборот	2
Медицинский диагноз Врожденная катаракта. Атрофия зрительного нерва (незрячий) ретиальная дистрофия сетчатки МКФ: Функции зрения b210	3	Целенаправленное использование органов чувств. Использование зрения (d110): - видит на уровне светоразличия - не – не берет предметы под контролем зрения, не выполняет действий с ними.	3
Медицинский диагноз Тяжелая умственная отсталость МКФ: Интеллектуальные функции (b117)	3	Мобильность (d5): самостоятельно не стоит, не ходит, только с опорой и поддержкой; Использование зрения (d110) – видит, но замедленно и плохо узнает предметы Использование слуха (d115) – слышит, но плохо понимает словесные обращения	3

Пример оценки факторов окружающей среды ребенка со спастико-гиперкинетической формой ДЦП врачом-реабилитологом.

Таблица 4. Оценка факторов окружающей среды

Факторы окружающей среды	Проблемы	Оценка в баллах
Раздел 1 Продукция и технологии e115 Изделия и технологии для личного повседневного использования e120 Изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений	Отсутствуют: ортезы, вертикализатор для формирования навыка стоять, ходунки для ходьбы, специальной посуды, чтобы самостоятельно пить и есть. Отсутствует кресло-коляска прогулочная (детская)	2 2
Раздел 5 e575 Службы, административные системы и политика общей социальной поддержки	Плохая организация тендера по изготовлению ортопротезов Отказ в выдаче ходунков	2

Составление реабилитационного диагноза. Реабилитационный диагноз или заключение врача-реабилитолога включает в себя:

1) реабилитационный диагноз в критериях МКФ с оценкой в баллах степени выраженности нарушений или проблем

а) по разделу «Функции организма»

Например, «Нарушения двигательных функций (b750.3), где b750 – кодировка раздела в МКФ, а «3» - оценка в баллах степени выраженности нарушений и ограничений жизнедеятельности.

б) по разделам «Мобильность» (d4), «Самообслуживание» (d5):

Например, «не может правильно вставать из положения сидя, самостоятельно стоять и ходить (d4.2) самостоятельно не пьет из чашки, не ест ложкой (d5.3):

2) Оценка факторов окружающей среды в баллах – наличие или отсутствие: продуктов или веществ для персонального потребления e110, изделий и технологий для личного повседневного использования e115, изделий и технологий для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений e120, получения различных видов медико-социальной помощи, в соответствии с законодательством РК (e575).

3) Общая оценка степени тяжести функционирования и ограничений жизнедеятельности в соответствии с критериями МКФ и приказа МЗ РК

0 - Отсутствие нарушений функционирования и ограничения жизнедеятельности. Функции, структуры организма сохранены полностью

1 - Легкое нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности

2 - Умеренное нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности

3 - Выраженное нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности

4 - Грубое нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности

5 - Нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности крайней степени тяжести.

Заключение врача-реабилитолога оформляется в установленной форме (см. Приложение 3), в котором отражается краткое описание нарушений здоровья и ограничений жизнедеятельности в рамках МКФ.

Приведем пример заключения врача-реабилитолога::

Ребенок 2г.3м. Медицинский диагноз: ДЦП. Спастико-гиперкинетическая форма.

Реабилитационный диагноз: *Нарушения двигательных функций (b750.3) Ограничения мобильности: не может правильно вставать из положения сидя, самостоятельно стоять и ходить (d4.3). Предпосылки к неправиль-*

ному формированию голеностопного сустава. Профилактика вывиха тазобедренного сустава. Несформированность навыков самообслуживания: самостоятельно не пьет из чашки, не ест ложкой (d4.5). Умеренное нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности.

Отсутствуют ходунки для перемещения внутри помещения (e115.2) кресло-коляска для перемещения на улице (e120.2)

III этап. Разработка рекомендаций

1. Составление рекомендаций по медицинской реабилитации. В условиях реабилитационного центра системы образования рекомендуются:

1) Физioterapia: (электрофорез, магнитотерапия, парафинотерапия и др.);

2) ЛФК – рекомендации для педагога/инструктора ЛФК в зале, на суше и в бассейне (при его наличии);

3) Массаж.

Показания к медицинской реабилитации у детей с двигательными нарушениями по возрастам указаны в Приложении 4.

Общие показания к медицинской реабилитации зависят от возрастных особенностей ребенка и включают:

- для младенцев - стимуляция моторного развития, использование игровых методик и массаж для улучшения мышечного тонуса;

- для детей раннего возраста акцент работы на развитии координации и равновесия, обучения базовым двигательным навыкам;

- в дошкольном возрасте (3-6 лет) реабилитация направлена на улучшение общей физической активности и развитие самостоятельности.

- в школьном возрасте (6-12 лет) акцент делается на коррекцию постральных (нарушения осанки) нарушений и развитие умений, необходимых для выполнения учебных задач.

Общие противопоказания к медицинской реабилитации у детей с двигательными нарушениями:

1. При наличии острых инфекционных заболеваний. Реабилитационные мероприятия могут усугубить состояние ребенка, поэтому в таких случаях необходимо временно отменить занятия.

2. Тяжелые формы эпилепсии, особенно с частыми приступами, также могут стать основанием для ограничения реабилитационных процедур, поскольку физическая активность может спровоцировать очередной приступ.

3. Высокие степени спастичности, приводящие к значительным болевым ощущениям, могут свидетельствовать о необходимости пересмотра подхода к реабилитации.

4. Наличие сопутствующих заболеваний, таких как сердечно-сосудистые патологии.

Важно проводить тщательную диагностику и оценку состояния ребенка перед началом реабилитационного процесса, чтобы обеспечить его безопасность и максимальную эффективность терапии. Решения о реабилитации должны принимать квалифицированные специалисты, основываясь на индивидуальных потребностях и состоянии здоровья каждого ребенка.

2. Разработка рекомендаций по техническим средствам реабилитации. На основании оценки потребности в обеспечении слухопротезной, протезно-ортопедической помощью, техническими вспомогательными (компенсаторными) средствами и специальными средствами передвижения специалист составляет рекомендации.

Врач-реабилитолог рекомендует ТСП Согласно Перечню мероприятий по социальной реабилитации (смотри таблицу в тексте) Помимо ТСП, предусмотренных в рамках государственной социальной помощи, семья ребенка можно рекомендовать технические и вспомогательные средства двигательной реабилитации, приобретенных самостоятельно. В приложении 5. представлена информация о различных видах технических и вспомогательных средств реабилитации, показаниях к их использованию и возможностях (путей) их приобретения.

Ниже представлены рекомендации для ребенка с реабилитационным диагнозом, указанным выше (ребенок 2л.3м. ДЦП. Спастико-гиперкинетическая форма)

Рекомендации врача-реабилитолога

1. Физиотерапия: электрофорез с эуфиллином 2,4% на шейно-воротниковую зону 7 дней по 7-10 минут.

2. Массаж общий расслабляющий 10 дней по 30 минут

3. ЛФК – индивидуальные занятия 2 раза в неделю по 30 минут в течении 6 месяцев.

4. ТСП – ортопедические стельки, летняя и зимняя ортопедическая обувь, вертикализатор для дома и на занятиях, ходунки переднеопорные, четырехколесные при перемещении по реабилитационному центру, ходунки переднеопорные, четырехколесные при перемещении по дому, кресло-коляска для перемещения на улице.

- специальная посуда: тарелка с присоской на дне, специальная столовая и чайная ложки с мягкой ручкой, специальная вилка с мягкой ручкой имеет гибкую секцию для фиксации под любым углом, поильник с удлиненным носиком для облегчения питья, и отверстием для выхода воздуха.

5. Разработка домашней программы развития двигательных и бытовых навыков (совместно с педагогом/инструктором ЛФК и социальным педагогом).

6. Рекомендации специалистам

- проведение занятий в вертикализаторе (10 мин) с целью формирования навыка стоять;

- перемещение по центру при посещении различных специалистов с ходунками переднеопорными, четырехколесными.

7. Рекомендации родителям

1) повторное обращение в МСЭ с заключением ВКК с целью бесплатно обеспечения: ортезов, ортопедической обуви (ортопедические аппараты, тьюторы); ходунков; кресло-коляска для перемещения на улице;

2) приобретение вертикализатора, специальной посуды для питья и еды;

3) реализация домашней программы по формированию навыков стоять и ходить, навыков самостоятельно пить и есть, используя специальную посуду.

Результаты первичного приема: изучения медицинской и иной документации, беседы с родителями и осмотра ребенка, а также рекомендации оформляются в карте врача-реабилитолога (Приложение 6)

IV этап. Участие в командной оценке.

Врач-реабилитолог присутствует на командной оценке, наблюдает за активностью ребенка в ходе психолого-педагогического обследования. При необходимости, в случае обнаружения новых данных об особенностях и проблемах ребенка (двигательных, сенсорных, ментальных), врач может внести коррективы или дополнения в реабилитационный диагноз и рекомендации.

После проведения командной оценки врач участвует в совместном обсуждении его результатов и проблем развития ребенка. Врачи: невролог и реабилитолог сообщают данные о здоровье ребенка: о характере неврологических -двигательных, сенсорных нарушений; оценивают степень влияния медицинских проблем на активность и участие ребенка в различных

Врач - реабилитолог сообщает свой реабилитационный диагноз и рекомендации семье ребенка и специалистам (учет особенностей и нарушений ОДА, зрения во время проведения развивающих занятий).

VI этап. Проведение медицинской реабилитации

Врач-реабилитолог назначает и организует лечебные, реабилитационные и профилактические процедуры, а также осуществляет контроль правильности проведения лечебных процедур, ЛФК эксплуатации инвентаря, аппаратуры.

Врач регулярно и при необходимости проводит работу по информированию и консультированию родителей ребенка по вопросам режима питания, быта, обучения и оздоровления ребенка, обеспечивающих восстановление и поддержание здоровья, о новых средствах и методах медицинской и технических средств реабилитации.

Реабилитолог участвует в разработке мероприятий по внедрению новых методов и методик реабилитации детей с ограниченными возможностями, осуществляет своевременное полное обеспечение зала ЛФК оборудованием.

После завершения цикла получения помощи в РЦ и на повторном осмотре на начало следующего цикла врач вносит изменения в план лечения в зависимости от состояния ребенка.

3. ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГА/ИНСТРУКТОРА ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ

3.1. Функциональные обязанности и должностные требования к деятельности педагога/инструктора ЛФК.

Педагог или инструктор лечебной физической культуры (ЛФК) реабилитационного центра или кабинета психолого-педагогической коррекции в своей деятельности руководствуется Типовыми правилами деятельности специальных организаций образования (Приказ МП №385, гл. 4, 5 Порядок деятельности кабинета психолого-педагогической коррекции; реабилитационного центра).

Функциональными обязанностями педагога или инструктора ЛФК являются:

- изучение медицинского анамнеза, истории болезни и социально-психического развития ребенка;
- исследование особенностей и нарушений моторного развития с использованием принципов и инструментов Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)
- проведение обследования ребенка с использованием функциональных проб на выявление особенностей и нарушений моторного развития и возрастных двигательных навыков у детей;
- оценка физического развития ребенка с использованием современных методов оценки физического развития;
- участие в междисциплинарной оценке психомоторного развития;
- разработка индивидуально-развивающей программы по физическому развитию ребенка;
- подбор различных методов, методик, оборудования и средств физической реабилитации, адекватных индивидуальным особенностям и возможностям ребенка;
- в условиях РЦ совместно с врачом-реабилитологом и неврологом по лечебной физкультуре разрабатывает схемы лечебной гимнастики и комплексы физических упражнений к ним на основе современных методик восстановления физического здоровья и реабилитации больных;
- оказание развивающей помощи по формированию моторных навыков

детям с ограниченными возможностями в форме индивидуальных, подгрупповых и групповых занятий;

- консультирование родителей ребенка по вопросам физической реабилитации, индивидуальным вспомогательным средствам реабилитации;

- разработка программ для родителей по формированию моторных навыков в домашних условиях;

- консультирование специалистов, педагогов КППК и РЦ по вопросам учета физических возможностей ребенка и выполнению упражнений по формированию моторных навыков на психолого-педагогических занятиях.

Для работы педагогу или инструктору ЛФК необходимо знать основы анатомии и физиологии человека, основы физиологии и патофизиологии организма; основные причины заболеваний и травм, их клинические проявления, методики проведения занятий по лечебной физкультуре для детей с различными заболеваниями и нарушениями; показания к проведению занятий по лечебной физкультуре; основы проведения лечебного массажа; санитарно-гигиенические нормы при проведении занятий по лечебной физкультуре; виды, формы и методы реабилитации; вспомогательные и технические средства физической реабилитации.

3.2. Порядок и содержание деятельности педагога/инструктора ЛФК

Педагог/инструктор ЛФК оказывает реабилитационную помощь детям с нарушениями физического (моторного) развития. Согласно учебному плану КППК и РЦ услуги специалиста ЛФК оказываются детям:

- с задержкой психомоторного развития в возрасте от 0 до 3-х лет;

- с нарушениями опорно-двигательного аппарата (далее – НОДА);

- детям дошкольного возраста с нарушениями интеллекта, имеющих выраженную двигательную недостаточность;

- детям со сложными нарушениями (нарушения опорно-двигательного аппарата в сочетании с нарушениями интеллекта, зрения, слуха)

Педагог ЛФК кабинетов коррекции и реабилитационных центров проводит также подгрупповые и групповые занятия по физической культуре в группах дневного и кратковременного пребывания детей с ограниченными возможностями.

Услуги ЛФК предоставляются детям на основании заключения и рекомендаций ПМПК или решения и рекомендаций междисциплинарной командной оценки КППК и РЦ.

Деятельность педагога\инструктора ЛФК по оказанию помощи детям с ограниченными возможностями включает в себя несколько этапов: ин-

индивидуальное обследование ребенка с двигательными нарушениями; междисциплинарная оценка проблем ребенка, составление рекомендаций для специалистов и родителей; разработка домашней программы по формированию двигательных навыков (при необходимости), разработка индивидуально-развивающей программы и ее реализация в виде индивидуальных, подгрупповых занятий ЛФК.

3.2.1. Первичный прием ребенка и его семьи, индивидуальное обследование ребенка.

Перед первой встречей желательно заранее ознакомиться с анамnestическими данными, заключениями ПМПК и врачей. Если этой информации нет, то педагог ЛФК осуществляет сбор информации и изучение медицинской документации в ходе беседы с родителями на первой встрече, предварительно предупреждая их о необходимости принести медицинскую карту.

Специалист изучает:

1. Заключения и рекомендаций ПМПК. Необходимо обратить внимание на заключения ПМПК, касающихся двигательных нарушений у детей с ОВ. ПМПК выделяет три категории детей с НОДА:

- нарушения опорно-двигательного аппарата: самостоятельно передвигающиеся дети. Этой категории детей, согласно учебного плана КППК и РЦ, помощь специалиста ЛФК оказывается в форме подгрупповых занятий 2 раза в неделю;

- нарушения НОДА: дети, передвигающиеся с помощью технических и иных вспомогательных средств; ЛФК проводится в форме индивидуальных занятий 2 раза в неделю;

- нарушения НОДА: самостоятельно не передвигающиеся дети; ЛФК проводится в форме индивидуальных занятий 3 раза в неделю.

2. Медицинские документы:

1) заключение и рекомендации врачей. Следует подробно изучить заключение врача невропатолога, как неврологический статус: состояние мышечного тонуса, наличие патологических рефлексов, гиперкинезов, контрактур и пр. и сам медицинский диагноз (например, форма ДЦП, тяжесть или степень нарушения). Следует исключить наличие судорог и ознакомиться с рекомендациями невролога или эпилептолога относительно проведения ЛФК.

Также необходимо ознакомиться с заключениями других врачей, поскольку наличие других заболеваний (сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной и др. систем) следует учитывать при проведении занятий лечебной физкультуры.

3. Заключение и рекомендации врача реабилитолога по ЛФК и ТСР (при их наличии). В настоящее время в организациях здравоохранения (по-

ликлиниках и др. организациях ПМСП) помощь детям с инвалидностью оказывает врач-реабилитолог, который на основании реабилитационного диагноза составляет индивидуальный план реабилитации. В РЦ эти заключения изучает врач-реабилитолог центра.

4. Заключения и рекомендации по реабилитации МСЭ (медико-социальной экспертизы) при их наличии. Врач-реабилитолог РЦ и педагог ЛФК КППК уточняют наличие ТСП в соответствии со стандартами социальных услуг (см. Приложение 5).

Индивидуальное обследование ребенка.

Для проведения первой встречи следует создать необходимые условия и соблюдать определенные требования:

- обследование проводится в достаточно просторной (15-20 кв.м) и теплой комнате. На полу должно быть ковровое покрытие (2х3м).

- оборудование для обследования ребенка предусматривает различные игрушки для детей, оборудование для оценки двигательных способностей ребенка (модули, валики, специальные приспособления, терапевтические укладки и пр.). Можно также попросить принести игрушки и те приспособления для сидения или ходьбы, которые родители используют дома.

- важно, чтобы ребенок во время обследования был здоров, спокоен, находился в состоянии активного бодрствования; после приема пищи должно пройти не менее 40 минут.

При первой встрече специалист знакомится с родителями; ребенок находится рядом с мамой, в контакт с ним сразу не вступают, а предоставляют время для адаптации к незнакомой обстановке и специалисту. Если ребенок спокоен, можно высадить его на ковер (при наличии двигательных возможностей) и предложить ему интересную игрушку.

Далее специалист проводит беседу по схеме (Приложение 1) и полученная информация от родителей заносится в ИРП; в ходе которой следует выяснить:

1) что беспокоит родителей в моторном развитии ребенка. Здесь специалист может ознакомиться с медицинскими документами, если он еще их не изучил, однако важно уточнить родительское мнение в отношении моторного развития ребенка. Следует выяснить как родители сами оценивают не только проблемы, но и сильные стороны и возможности ребенка. При беседе с родителями:

2) запрос родителей, что они ожидают (хотели бы) получить от занятий ЛФК. Важно знать каковы ожидания родителей, чтобы, во-первых, оценить их реалистичность (вероятность и возможность исполнения), а во-вторых, понимать какая консультативная работа в процессе работы должна проводиться с семьей по поводу их ожиданий;

3) что родителям трудно в повседневной жизни, в связи с двигательными

ми нарушениями ребенка: трудно кормить, потому что не держит голову или не сидит; не могут гулять на улице, так как не ходит и пр. Эта информация необходима, для реализации мероприятий по нормализации жизни ребенка и семьи, а именно составления программы по формированию двигательных навыков ребенка в домашних условиях.

4) какие технические средства двигательной реабилитации имеет ребенок: головодержатель, специальные сидения, вертикализатор, ходунки и пр. Здесь педагог ЛФК проводит беседу в рамках МКФ – выясняет факторы окружающей среды, а именно:

Раздел 1 Продукция и технологии

e115 Изделия и технологии для личного повседневного использования

e120 Изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений

Раздел 5 Службы, административные системы и политика

e575 Службы, административные системы и политика общей социальной поддержки

В ходе беседы следует уточнить у родителей ребенка с инвалидностью, что он имеет согласно индивидуальной программе абилитации и реабилитации лица с инвалидностью (ИПАР). Согласно Перечню мероприятий по социальной реабилитации дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата должны обеспечиваться различными средствами двигательной реабилитации, представленных в таблице 3.

Таблица 3. Технические и иные средства реабилитации

	Мероприятия по социальной реабилитации	да	нет	в ожидании
1. Оказание протезно-ортопедической помощи:				
1	ортопедические аппараты, тьюторы			
2	костыль			
3	трость			
4	ходунки			
5	корсет			
6	реклинатор, головодержатель			
7	бандаж			
8	лечебные пояса, детские профилактические штанишки			
9	ортопедическая обувь			
10	вкладные приспособления (стельки, башмачки, супинаторы);			

5. Обеспечение специальными средствами передвижения				
1	кресло-коляски			
2	комнатные (для взрослых, детская, подростковая)			
3	кресло-коляски прогулочные (для взрослых, детская, подростковая)			
4	кресло-коляски универсальные (активного типа, с электроприводом, многофункциональная)			
5	кресло-каталка			

Помимо ТСР, предусмотренных в рамках государственной социальной помощи, семья ребенка может иметь также технические и вспомогательные средства двигательной реабилитации, приобретенных самостоятельно. Специалисту необходимо собрать все информацию о том, чем располагает семья для двигательной реабилитации ребенка.

Далее проводится обследование ребенка. Порядок, методы и приемы обследования зависит от возрастных и физических особенностей ребенка, характера двигательных нарушений. В зависимости от этих факторов выделяются две группы детей:

Первая группа - дети с задержкой психомоторного развития раннего возраста и дети дошкольного возраста с умеренными и тяжелыми нарушениями интеллекта. Эти дети не имеют тяжелых двигательных нарушений в виде парезов, параличей, гиперкинезов. Моторная задержка или недоразвитие двигательных навыков связано либо с общей задержкой психического развития или выраженным психическим (интеллектуальным) недоразвитием. В эту группу, как правило и помимо прочих, входят дети с синдромом Дауна.

Обследование этих детей направлено на сформированность всех параметров мобильности в рамках МКФ и возрастных двигательных навыков.

Вторая группа – дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата, обусловленных различными заболеваниями нервно-мышечной системы: детский церебральный паралич, спинально-мышечная атрофия, Спина бифида (Spina bifida), синдром Дюшенна. В этих случаях требуется полное медицинское ознакомление врачом-реабилитологом и инструктором ЛФК с амбулаторной картой ребенка, а при необходимости специалист должен запросить у родителей сведения о дополнительных диагностических исследованиях. Эти данные необходимы для предотвращения травм на занятиях лечебной физкультуры.

Обследование этих детей, как и детей первой группы, направлено на сформированность всех параметров мобильности в рамках МКФ, а дополнительно – исследование особенностей моторного статуса, включающего

исследование мышечного тонуса и выявление его нарушений, наличие патологических рефлексов, контрактур.

Исследования мобильности, двигательных навыков детей в рамках МКФ

Исследование мобильности и двигательных навыков детей осуществляется в ходе наблюдения за его свободной активностью - в игре, в общении, в действиях с предметами и целенаправленного экспериментального исследования. Для стимуляции спонтанной двигательной активности у ребенка специалист должен создать необходимые условия. На ковре, в зоне доступа и вне ее, раскладывают различные игрушки, предметы, которые могут заинтересовать ребенка и мотивировать его дотянуться, подползти или встать, подойти, захватить и действовать с игрушкой. Можно попросить маму поиграть в обычные для нее игры с ребенком, в том числе с мячом, кубиками и пр.

Экспериментальное исследование предполагает применение специальных методик или двигательных проб с целью оценки двигательного навыка, в т.ч. с использованием специальных приспособлений. Проводится исследование мобильности в следующих областях:

1) крупная моторика: поддержание положения тела, переход из одного положения тела в другое, перемещение в пространстве.

2) тонкая моторика: дотягивание, хватание, удержание, отпускание, перенос, подтягивание и отталкивание предметов; манипулирование, бimanуальная активность (способность действовать левой и правой рукой и вместе)

Алгоритм исследования крупной моторики

1. Поддержание положения тела (стабильность поддержания баланса в различных положениях тела).

1 группа - Пробы для детей первого года жизни или с выраженной задержкой моторного развития – навыков держать голову, сидеть и стоять.

Пробы для детей 1,5-2 года и старше с выраженной задержкой моторного развития (Таблица 5).

Таблица 5. Пробы на поддержание положения тела

Пробы на удержание тела в позе сидя	Пробы на удержание тела в позе стоя
1,5-2г - сидит устойчиво на стуле для детей (со спинкой) Сидит на стуле для детей (без спинки)	1,5-2г - Бьет ногой по мячу, удерживая вертикально тело (не качается не падает)
Для детей 2-2,5 года- Сидит на табурете без спинки	Для детей 2,5-3 года- Стоит на одной ноге 1-2 сек
Для детей 2-2,5 года- Сидит на табурете без спинки и совершает манипулятивные действия	Для детей 3-4 года- Стоит на одной ноге 3-4 секунды

	Для детей 4-5 лет- Стоит на одной ноге 4-5 секунд
	Для детей 5-6 лет- Делает «ласточку», стоит на одной ноге 6-8 секунд В положении стоя, бросает мяч из-за головы

2 группа - пробы для детей с ОДА

А) Пробы на вертикальное удержание головы:

- просим положить ребенка на живот и, стимулируя его различными игрушками, смотрим может ли ребенок несколько секунд удерживать голову, опираясь на предплечья и локти, отметим также есть или нет раскрытия ладони;

- просим маму взять ребенка на руки и подержать в вертикальном положении, предлагая ему смотреть на интересный предмет. Отмечаем - может ли ребенок удерживать голову в вертикальном положении в течение 1-1,5 минуты;

Б) Пробы на поддержание положения сидя:

- просим посадить ребенка на пол, наблюдаем, как он сидит: с поддержкой, облокотившись спиной на маму; сидит, но не уверено, заваливаясь на бок; сидит прямо, удерживая спину ровно, опираясь двумя руками об пол; упиравшись одной рукой об пол, другой играя с игрушкой; сидит с прямой спиной и двумя руками играет;

В) Пробы на удержание положения тела на четвереньках: стоит уверено на двух руках, ноги согнуты в коленях на ширине плеч, предлагаем взять игрушку одной рукой, чтобы увидеть, как ребенок удерживает равновесие в трехопорной позе;

- предлагаем ребенку взять игрушку, наблюдая как он стоит на коленях: неуверенно стоит, держась за опору двумя руками; ребенок самостоятельно стоит на коленях, держась за опору двумя руками; самостоятельно стоит, держась за опору одной рукой и играя второй;

Г) Пробы на удержание положения тела: - в игре стимулируем ребенка встать на ноги или ставим его на ноги и смотрим как ребенок удерживает позу стоя: нестабильно стоит на ногах, переваливаясь из стороны в сторону, держась за опору двумя руками; стабильно стоит на ногах, держась за опору двумя руками; стабильно стоит на ногах, держась за опору одной рукой; стоит сам, но покачивается; уверенно стоит на ногах; стоит и играет обеими руками в игрушки.

2. Переход из одного положения в другое (изменение положение тела в пространстве).

Пробы для детей первого года жизни или с выраженной задержкой моторного развития – навыков самостоятельно поворачиваться, подниматься, садиться, вставать. Предлагаются следующие пробы:

Пробы для детей 1,5-2 года и старше с выраженной задержкой моторного развития (Таблица 6).

Таблица 6. Пробы на переход из одного положения в другое.

Для детей 1,5-2 года	Для детей 2-2,5 года
-Просим ребенка лечь на спину и повернуться на живот, а затем снова на спину. - сесть из положения лежа на спине и на животе - встать из положения лежа и сидя	Просим ребенка сделать то же, что и ребенка 1,5-2 года, но в быстром темпе
Для детей 3-4 года	Для детей 5 лет
-Просим ребенка из положения лежа на животе встать в положение на колени -Просим ребенка встать из положения стоя на коленях в положение стоя на ногах	-Просим ребенка из положения лежа на животе встать в положение стоя на ногах

2 группа - пробы для детей с ОДА

- просим маму положить ребенка на спину и стимулируем его с помощью погремушки перевернуться на живот. Наблюдаем: ребенок поворачивается блоком, сгибая одну ногу в колени, затем переворачивает корпус; тянется рукой (не сгибая ног) за игрушкой, переходя в положение лежа на живот; переворачивается до конца, либо остается лежать на боку.

- с помощью погремушки стимулируем ребенка перевернуться с живота на спину и наблюдаем: ребенок переворачивается, встав на прямые руки, блоком; переворачивается, не поднимая головы, поджав под себя ноги.

- стимулируем ребенка встать в позу на четвереньках и наблюдаем: ребенок, вяло опираясь на полусогнутые руки и закрытые ладони, пытается встать на четвереньки; ребенок свободно и уверенно опираясь на прямые руки и открытые ладони, встает на четвереньки;

- предлагаем ребенку, встать держась за опору на колени и наблюдаем: встает, держась обеими руками за опору; встает, держась за опору одной рукой; встает сам не держась за опору;

- просим ребенка достать игрушку на высоте его плеч и наблюдаем: встает из положения стоя на коленях, выводя одну ногу вперед; встает из положения позы на четвереньках, сначала выпрямив обе ноги, перебирая руками о стену (шкаф, стул и т.д.); встает из положения сидя на полу, согнув и прижав обе ноги, подтягиваясь руками.

3. Перемещение (изменение положения тела в пространстве при движении).

1 группа (с задержкой моторного развития)

Пробы для детей 1,5-2 года и старше с выраженной задержкой моторного развития (Таблица 6).

Таблица 7. Пробы на перемещение

Для детей 1,5-2 года	Для детей 2-2,5 года
<ul style="list-style-type: none"> - бегаёт, приседает и сам встает - Пытается прыгать на двух ногах - Перешагивает через препятствие без поддержки -Перелезает через бревно, скамью высотой 20-25 см 	<ul style="list-style-type: none"> ивает - Бросает мяч двумя руками от груди и снизу - Поднимается и спускается по лестнице переменным шагом с опорой на периллу - Поднимается и спускается по лестнице переменным шагом без опоры
Для детей 3-4 года	Для детей 4-5 лет
<ul style="list-style-type: none"> - Ходит по наклонной доске вверх и вниз - Умеет ездить на трехколесном велосипеде - Ходит на носках и пятках -Ходит на носках - Ходит по наклонной доске вверх - Прыгает на двух ногах - Ловит брошенный мяч, вытягивая руки и прижимая его к груди - Перепрыгивает через линию - Делает приставные шаги в сторону 	<ul style="list-style-type: none"> -Прыгает на одной ноге - Ходит на внешней стороне стопы - Передвигается вперед, прыгая на одной ноге - Бросает мяч вверх и ловит - Бросает мяч о землю и ловит - Подпрыгивает ноги вместе – ноги врозь
Для детей 5-6 лет	
<ul style="list-style-type: none"> -Выполняет одновременно два вида движений - Прыгает через скакалку, качая ее вперед-назад -Ходит, приставляя пятку к носку (муравьиный шаг) - Ходит спиной вперед и в полуприсяде -Перебрасывает мяч из одной руки в другую - Подбрасывает мяч и ловит с хлопком - Подпрыгивает, меняя ноги - Поднимается и спускается по лестнице приставным шагом, держась за опору одной рукой 	

2 группа (дети с нарушениями ОДА)

А) Пробы на перемещение в пространстве без вспомогательных средств

- стимулируем ребенка ползти по-пластунски (достать игрушку) и наблюдаем: ребенок ползет, вытягивая поочередно руки и асимметрично сгибая ноги; ползет «бороздя» головой по полу, поджимая ноги и руки под себя; подтягивается обеими руками одновременно на руках, не используя ноги;

- смотрим, как ребенок ползает на четвереньках: ползет, отталкиваясь двумя ногами одновременно («лягушкой»); ползет с широко разведенными ногами; ползет уверенно, стабильно на четвереньках;

- из положения «стоя на коленях» просим ребенка принести игрушку и наблюдаем: ребенок держится за опору, перебирая по очереди руками и ногами; ребенок держится одной рукой за опору, идет на коленях вперед; не держась за опору, ребенок идет на коленях выполняя действия руками;

- наблюдаем навык ходьбы: ребенок идет, держась двумя руками за маму,

гимнастическую палку; держась одной рукой за маму, за стенку; ребенок идет самостоятельно, широко расставляя ноги; ребенок самостоятельно и уверенно.

Б) Пробы на перемещение с вспомогательным средством (ТСР- ходунки, рама для ходьбы, костыли и др.)

- закрепляем ребенка в ходунках с полной фиксацией, просим пройти вперед, наблюдаем навык ходьбы: ребенок идет, держась двумя руками за ручки ходунков; держась одной рукой за ручку ходунков; ребенок идет, широко расставляя ноги; ребенок идет, скрещивая ноги;

-предлагаем ребенку пройти, держась за раму для ходьбы наблюдаем навык ходьбы: ребенок идет, держась двумя руками за ручки рамы; ребенок идет, широко расставляя ноги; ребенок идет, скрещивая ноги; наклоняется вперед; держит корпус ровно.

Исследование моторного статуса у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Обследование ребенка с первичными и тяжелыми двигательными нарушениями, помимо исследования возможностей мобильности в рамках МКФ включает себя углубленное исследование моторного статуса, включающего в себя выявления:

- 1) особенностей и уровня моторного развития ребенка;
- 2) патологических рефлексов;
- 3) мышечного тонуса
- 4) наличие контрактур

1. Исследование особенностей и уровня моторного развития ребенка осуществляется в соответствии с нормативами формирования двигательной сферы в онтогенезе (Приложение 7). Основные двигательные навыки, как известно, интенсивно формируются в течении первого года жизни и специалист, руководствуясь нормативами, должен определить: каковы особенности и на каком этапе моторного развития находится ребенок или какому возрасту оно соответствует.

2. Исследование патологических рефлексов.

Рефлекс является основным показателем функционирования нервной системы. Рефлексы регулируют движения ребенка до момента, пока он не начнет осуществлять целенаправленную деятельность. К таким реакциям относятся хватательный, сосательный, защитный и многие другие рефлексы. В грудном возрасте физиологические рефлексы возникают и пропадают в определенное время. К достижению годовалого возраста большинство их них исчезает. При различных неврологических нарушениях, в том числе двигательных нарушениях. В зависимости от тяжести проявления и типа у детей с ДЦП могут отмечаться различные типы патологических рефлекторных стереотипов, включающие в себя:

- 1) лабиринтный тонический рефлекс;
- 2) асимметричный шейный тонический рефлекс (asymmetrical tonic neck reflex);
- 3) симметричный шейный тонический рефлекс;
- 4) рефлекс Моро.

Патологические рефлексы способствуют искажению и устойчивому формированию неправильных движений Педагог/инструктор ЛФК выявляет наличие патологических рефлексов посредством ознакомления с неврологическим статусом, составленным врачом-неврологом. Описание рефлексов в норме и при патологии в Приложение 8.

3. Исследование мышечного тонуса

Мышечный тонус или внутримышечное напряжение – это способность мышц сопротивляться движению. При оценке мышечного тонуса устанавливается степень упругости мышц и то сопротивление, которое возникает при пассивном сгибании или разгибании конечности или ее части. Мышечный тонус определяется как минимальное напряжение, которое сохраняется в состоянии расслабленности и покоя.

Чем младше ребенок, тем выше его тонус. В течение первых шести-восьми месяцев жизни мышечный тонус младенца постепенно ослабевает. В норме - тонус мышц у двухлетнего малыша должен быть приблизительно таким же, как у взрослого человека. Но у многих современных младенцев, не имеющих неврологических нарушений, нередко наблюдаются проблемы с тонусом. Нарушения проявляются в следующих формах:

1) Повышенный тонус (гипертонус). Ребенок кажется напряженным и зажатым. Даже во сне малыш не расслабляется: его ножки согнуты в коленях и подтянуты к животу, ручки скрещены на груди, а кулачки стиснуты (часто в форме "фиги"). При гипертонусе ребенок с рождения хорошо держит голову из-за сильного тонуса затылочных мышц, но это не является физиологичным и нормативным проявлением.

2) Пониженный тонус (гипотонус). При пониженном тонусе ребенок обычно вялый, мало двигает ножками и ручками и долго не может держать голову. Иногда ножки и ручки ребенка разгибаются в коленных и локтевых суставах более чем на 180 градусов. Если положить ребенка на живот, то он не сгибает руки под грудью, а разводит их в стороны. Ребенок выглядит обмякшим и распластанным.

3) Асимметрия мышечного тонуса. При асимметрии - на одной половине тела тонус выше, чем на другой. В этом случае голова и таз ребенка повернуты в сторону напряженных мышц, а туловище изгибается дугой. Когда ребенка выкладывают на живот, он заваливается всегда в один бок (где повышен тонус). Кроме того, асимметрию легко обнаружить по неравномерному распределению ягодичных и бедренных складок.

4) Неравномерный тонус (дистония). При дистонии сочетаются признаки гипер- и гипотонуса. В этом случае у ребенка одни мышцы чрезмерно расслаблены, а другие слишком напряжены.

С состоянием мышечного тонуса, педагог ЛФК может ознакомиться в медицинской амбулаторной карте или заключении от врача-невролога в описании неврологического статуса и провести исследование.

4. Наличие контрактур. Контрактура сустава – это устойчивое ограничение движений в суставе. Проявляется уменьшением объема или отсутствием движений, нарушением функции, иногда - вынужденным положением конечности. Значимость патологии зависит от локализации контрактуры и степени ограничения движений. Диагноз выставляется на основании симптомов, данных измерения объема движений, рентгенографии сустава и других исследований. Лечение может быть, как консервативным, так и оперативным. Прогноз зависит от давности и причины развития патологии, свежие контрактуры поддаются лечению лучше застарелых.

Оценка результатов обследования ребенка. Составление заключения

На основании анализа результатов обследования специалист составляет общую картину особенностей, уровня и нарушений двигательного развития и оформляет ее в виде своего профессионального заключения. Структура заключения включает в себя:

- 1) оценку различных сторон мобильности в рамках МКФ;
- 2) сформированность возрастных навыков крупной и мелкой моторики
- 3) установление моторного статуса: уровня моторного развития, наличие патологических рефлексов, характеристику мышечного тонуса. В зависимости от характера двигательных нарушений выделяются шесть статусов моторного развития (см таблицу 8);
- 4) степень тяжести двигательных нарушений – для определения формы работы: индивидуальной, подгрупповой, групповой

Выделяют 6 уровней моторного развития или моторных статусов.

Таблица 8. Характеристика моторного статуса

1 моторный статус	2 моторный статус	3 моторный статус
Ребенок не удерживает голову - не лежит на животе свободно - преобладает тонический рефлекс - руки зажаты в кулачки	Ребенок удерживает голову; выпрямляющие рефлексы туловища не развиты или слабо развиты. В положении на животе ребенок приподнимает голову, но не может поднять верхнюю часть туловища, верхний рефлекс Ландау отсутствует. В положении на спине голову не приподнимает, а при небольшом подтягивании за	Сформирована способность достаточно хорошо держать голову. Лежит на животе с разогнутыми руками и ногами. Цепной выпрямительный рефлекс хорошо выражен.

<p>- в позе «лягушки» ноги не разводятся свободно Развитие ребенка соответствует уровню новорожденного.</p>	<p>руки слегка отрывает голову от подушки, но не может еще удержать ее на одной линии с туловищем. Ребенок не поворачивается со спины на живот, не удерживает позу сидения, если посадить его в подушки или удерживать за бедра. Повороты осуществляются блоком, ротация вдоль оси тела отсутствует. Мышечный тонус повышен, произвольные движения ограничены. Ребенок с трудом берет игрушки, преимущественно пальцами, которые ближе к мизинцу. При захвате игрушки его ладони повернуты вовнутрь. Взгляд мало контролирует движения рук. Кисти рук преимущественно согнуты. Оптическая реакция опоры рук слабо развита. Активные движения ног выражены слабо. Развитие ребенка соответствует 2-3 месяцам.</p>	<p>Развит рефлекс Ландау. Имеется оптическая реакция опоры рук. Ребенок под контролем зрения захватывает видимые предметы. Ребенок присаживается из положения на спине при подтягивании его за руки. Поворачивается со спины на живот. Сформирована способность к активному изменению позы тела. Развитие ребенка соответствует 4-5 месяцам</p>
<p>4 моторный статус</p>	<p>5 моторный статус</p>	<p>6 моторный статус</p>
<p>Ребенок умеет совершать повороты туловища без затруднений, с затруднениями в поворотах с живота на спину. Самостоятельно сидит устойчиво, неустойчиво. В положении сидя спина согнута, голова опущена вниз. Захватывает предметы и манипулирует ими. Навык ползания с ф о р м и р о в а н правильно, или неправильно (ползает только назад, при движении вперед передвигается в основном при помощи рук, .</p>	<p>Ребенок самостоятельно сидит. Ребенок встает на четвереньки и на колени. Частично может контролировать положение рук и ног. Самостоятельно изменяет позу (самостоятельно встает на четвереньки, затем на колени; с поддержкой или без нее принимает вертикальное положение; передвигается с поддержкой) Ребенок делает первые самостоятельные шаги. Выпрямительные реакции сформированы удовлетворительно, либо недостаточно, либо слаборазвиты. Ребенок удерживает тело в вертикальном положении с трудом, перекладывает свой вес на опору. Поставленный в брусью, Ребенок провисает, тело его колеблется из стороны в сторону и ходьба затруднена. Ребенок ходит с поддержкой. Движения плеч не дифференцированы от движений рук; Движения туловища не дифференцировано от движений ног и таза.</p>	<p>Ребенок самостоятельно и устойчиво стоит. Ребенок начинает самостоятельно ходить. Ребенок ходит самостоятельно Вертикальная поза с отклонениями в положении головы, туловища, конечностей, опорности стоп. Походка устойчивая, недостаточно устойчивая, шаткая. Шаг ритмичный, неритмичный. Равновесие при ходьбе сохраняется, теряется. Ходьбе под контролем зрения, без контроля зрения. Руки в ходьбе участвует, не участвуют. Ребенок затрудняется в смене направления движений.</p>

<p>пассивно вползает (ноги) Развитие ребенка соответствует 6-7 месяцам</p>	<p>установка бедер неправильная: бедра приведены, ротированы вовнутрь. Развитие ребенка соответствует 8-9 месяцам</p>	<p>Ручная умелость: бросает мяч и ловит его. Совершает действия руками в момент движения; находясь в неподвижной позе. Поднимается по лестнице приставным шагом с поддержкой; поднимается по лестнице самостоятельно с попеременным переставлением ног. Развитие ребенка соответствует 11-12 месяцам</p>
--	---	--

Определение моторного статуса или уровня моторного развития позволяет определить исходное состояние, с которого начинается коррекционно-развивающая работа с ребенком. Педагог ЛФК составляет индивидуально-развивающую программу для ребенка, планируя работу с установленным моторным статусом и постепенный переход с одного статуса на другой, достигая максимального возможного для ребенка уровня моторного развития.

Далее специалист оценивает степень тяжести двигательных нарушений. Выделяются три степени: легкая, средняя и тяжелая

Легкая степень тяжести – соответствует 5-6 моторному статусу, работа проводится как в групповой форме, так и подгрупповой,

При легкой степени нарушений ребенок имеет возможность передвигаться самостоятельно, либо с опорой на одну сторону (костыль, стена, рука помощника)

Средняя степень тяжести - соответствует 3-4 моторному статусу, работа проводится в индивидуальной либо подгрупповой форме, ребенок передвигается с посторонней помощью (держась за раму для ходьбы, ходунки, с помощью человека).

1. Удержание головы: голову длительно удерживает; совершает повороты головы свободно, либо есть не большие затруднения;

2. Перевороты: совершает перевороты со спины и живота свободно;

3. Положение сидя: сидит, опираясь одной рукой, либо сидит без опоры;

4. Навык ползать: ползает по-пластунски; ползает на четвереньках; подползает и встает на колени; пытается встать, держась за опору;

5. Ходьба: ходит, держась за опору; ходит с поддерживающим устройством (костыли, рама, ходунки и др.)

6. Имеются затруднения при выполнении инструкций взрослого.

Средняя степень тяжести может сопровождаться судорожной готовностью (важно! Разрешение от эпилептолога!), а также и другими видами нарушений (установленные врачом- неврологом или врачом-ортопедом)

Тяжелая степень тяжести - соответствует 1-2 моторному статусу, работа проводится исключительно в индивидуальной форме, так как ребенок не передвигается самостоятельно и нуждается в постоянной помощи.

1. Удержание головы: - не держит или кратковременно держит.
2. Перевороты: не переворачивается; поворачивается на бок, не совершает переворот до конца; переворачивается блоком (автоматически).
3. Положение сидя: не сидит, сидит кратковременно, сидит с опорой на обе руки.
4. Навык ползания: позу лежа на животе не выдерживает, навык отсутствует (нет попыток), ползает, руки за спиной, головой упираясь в пол.
5. Контрактуры.
6. Сильно-выраженная спастика, неконтролируемые гиперкинезы, либо критически низкий мышечный тонус.
7. Сопровождаются тяжелыми ментальными нарушениями.

Может сопровождаться судорогами и судорожной готовностью (важно иметь разрешение от эпилептолога!), а также другими нарушениями, установленные врачом- неврологом или врачом-ортопедом)

При пограничном состоянии ребенка между степенями тяжести, форма работы определяется командой специалистов на командной оценке; учитываются особенности как двигательных нарушений, так и психических.

Составление заключения и определение формы развивающей работы. Приведем примеры заключений педагога/инструктора ЛФК на детей с двигательными нарушениями

Ребенок 2-х лет с синдромом Дауна (1 группа)

Заключение педагога ЛФК

Сидит с опорой на руки. Неустойчиво стоит у опоры. Не может самостоятельно ползать на четвереньках и ходить. Ходит неуверенно, держась за две руки. Осуществляет все манипуляции двумя руками: дотягивание, хватание, удержание, отпускание. Не сформирован пальцевой захват мелкими предметами. Возрастные двигательные навыки не сформированы. Отмечается низкий мышечный тонус. Определен IV моторный статус. Средняя степень тяжести двигательных нарушений (передвигается с посторонней помощью, держась за раму для ходьбы, ходунки, с помощью человека).

Форма оказания помощи: индивидуальная или подгрупповая форма работы.

Ребенок 2-х лет. Спастико-паретическая форма ДЦП (2 группа)

Заключение педагога ЛФК

Кратковременно удерживает голову (не более 15 секунд), сидит при-

валившись к опоре, на копчике, спина округлая, самостоятельно не поддерживает позу сидя. Переворачивается блоком, за счет высокого тонуса и ассиметричного шейно-тонического рефлекса (АШТР). Навык ползания отсутствует, но ползет, «бороздя» головой, с поднятым тазом за счет АШТ-рефлекса. Предметы сам не захватывает, может удержать вложенную игрушку несколько секунд. Манипуляций с игрушкой не осуществляет. Возрастные двигательные навыки не сформированы. Определен I моторный статус. Тяжелая степень- не передвигается, нуждается в постоянной помощи.

Форма оказания помощи: индивидуальная подгрупповая форма работы.

Ребенок 5 лет. Левосторонний гемипарез (2 группа)

Заключение педагога ЛФК

Ходит самостоятельно, без поддержки, в обуви- волочит левую ногу, при ходьбе правой ногой совершает широкий шаг, подставляя левую ногу, через препятствия (10 см) переходит с затруднением, задевает левой ногой препятствие, не может пройти «муравьиным шагом», движения не устойчивые, босиком- приподнимает левую пятку, не ставит на пол до конца, левая рука при ходьбе приведена и согнута в локте, с левой руки переносит предметы в правую рабочую руку, есть скованность в кисти руки (спастика), контрактуры отсутствуют, патологических рефлексов нет.

Определен VI моторный статус. Легкая степень- передвигается самостоятельно, не нуждается в помощи.

Форма оказания помощи: групповая форма работы.

3.2.2. Участие в междисциплинарной командной оценке и составление рекомендаций для родителей и специалистов

Основное обследование и диагностика всех особенностей и нарушений моторного развития педагог/инструктор ЛФК осуществляет на своем индивидуальном приеме ребенка и родителей. На командной междисциплинарной оценке специалист по лечебной физкультуре участвует, в том случае, если на нее приглашен ребенок с задержкой или нарушениями моторного развития. Задачи педагога ЛФК на командной оценке:

1) показать и сообщить остальным специалистам (педагогам, психологам, логопедам, социальным педагогам и др.) особенности и нарушения двигательного развития ребенка. Для этого специалист подбирает минимум тех проб и упражнений, а также необходимое оборудование, которое позволит продемонстрировать основные проблемы моторного развития ребенка;

2) разъяснить специалистам, как нарушения моторного развития влияют на психическое развитие ребенка, трудности и возможности его коррекционно-развивающего обучения;

3) дать рекомендации специалистам и родителям

При составлении рекомендаций специалистам необходимо указать:

- какие двигательные особенности и нарушения учитывать на занятиях;
- какие положения тела: лежа, сидя, стоя; какая посадка и положение туловища, головы, конечностей является адекватной на развивающих занятиях в зависимости от характера и степени двигательного нарушения;
- какое оборудование необходимо использовать на занятиях: сидение, стул, вертикализатор; вспомогательное оборудование: валики, утяжелители и пр. Необходимо также рассказать и показать, как правильно укладывать, усаживать ребенка или как ему стоять (в вертикализаторе);
- рекомендации педагогам и воспитателям по использованию упражнений по формированию навыков крупной и мелкой моторики, возрастных двигательных навыков.

Пример:

Ребенок 2-х лет. Спастико-паретическая форма ДЦП (2 группа). Заключение педагога ЛФК - I моторный статус. Тяжелая степень - не передвигается, нуждается в постоянной помощи. - индивидуальная форма работы (описание см. выше).

Рекомендации специалистам:

1) Сохранение правильного положения тела в позе сидя учитывая правило 3-х 90 градусов (90 градусов сгиб в тазобедренном суставе, 90 градусов в коленном суставе и 90 градусов в голеностопном суставе, с использованием фиксирующих устройств в ортопедическом стуле), при необходимости, можно отклонить ортопедический стул на 10 градусов, сохраняя положение тела ребенка, для лучшего удержания головы.

2) Периодическая смена поз (лежа на спине в мягком кресле-подушке, с сохранением 3-х 90 градусов; лежа на животе, под грудью ребенка валик, диаметром высоты локтя ребенка), в течении занятия с интервалом 10-15 минут в зависимости от потребности ребенка

Рекомендации родителям включают в себя консультативную помощь по:

- 1) созданию общих условий дома для осуществления ежедневных дел: сидеть, стоять, кушать, мыться, садиться на горшок ребенку с НОДА;
- 2) рекомендации по ТСП
- 3) составлению домашней программы или плана по формированию двигательных навыков.

Рекомендации по созданию условий дома или нормализации жизни ребенка и семьи включают в себя советы о том:

- какие положения тела: лежа, сидя, стоя; какая посадка и положение туловища, головы, конечностей является наиболее оптимальной в домашней жизни, в том числе при кормлении, умывании, игре или прогулке; как долго должен находиться в ней ребенок, какие приспособления и как можно использовать (валик из одеяла, подушка и другие подручные средства)

- какие упражнения, элементы массажа можно выполнять родителям дома («мамин массаж»)

Отдельное время отводится для консультирования по поводу вспомогательных и технических средств реабилитации. Педагог\инструктор ЛФК КППК должен знать и рекомендовать ТСР Согласно Перечню мероприятий по социальной реабилитации (смотри приложение 2) Помимо ТСР, предусмотренных в рамках бесплатной государственной социальной помощи, семье ребенка можно рекомендовать технические и вспомогательные средства двигательной реабилитации, приобретенных самостоятельно. Представлена информация о различных видах технических и вспомогательных средств реабилитации, показаниях к их использованию и возможностей (путей) их приобретения (Приложение 5.)

Одним из эффективных способов оказания помощи ребенку и семье является составление для домашней программы или плана формирования того или иного двигательного навыка. Отсутствие или выраженное ограничение таких навыков, как, держать голову, сидеть, стоять, ходить, действовать руками значительно препятствует не только социализации ребенка, но и нормализации жизни семьи, поскольку ее члены вынуждены значительную часть времени посвящать уходу за ребенком и ограничены в возможностях покидать стены дома. Как уже отмечалось, выходом из этой ситуации, специалисты международного сообщества специалистов в области поддержки семей детей с инвалидностью видят в составлении программ реабилитации, в которой представлен план формирования конкретных навыков в домашних условиях. Поэтому специалист обязан проводить работу по составлению домашних программ.

Программы предлагаются и составляются при желании и стремлении родителей проводить работу по обучению желаемых навыков у ребенка в домашних условиях, поскольку эффективность программы зависит от заинтересованности родителей включиться в процесс развивающего обучения ребенка. В тоже время педагог ЛФК должен уметь мотивировать родителей на вовлечение в развивающую работу с ребенком. Необходимо объяснять, что только работа специалистов на занятиях по формированию двигательных навыков, без их постоянной тренировки в ежедневной повседневной жизни, эти базисные двигательные навыки сформироваться не смогут или будут формироваться крайне медленно.

Для лучшего осознания родителями важности и необходимости тех или иных формируемых навыков, а также отслеживания эффективности программы социальный педагог использует метод родительской оценки - Канадская оценка выполнения деятельности в формате интервью родителей ребенка (СОМР). Оценка проблем ребенка происходит в ходе равноправного обсуждения с родителями стратегии помощи, равного обмена мнения-

ми. У родителей спрашивают какие 1-3 бытовых навыка они, прежде всего хотели бы сформировать у ребенка? Затем по шкале СОМР в ходе интервью у родителей выясняется: важность каждого озвученного навыка; качество ее выполнения; удовлетворенность родителями выполнением этого навыка ребенком (Приложение 9).

Оценка выполнения навыка ребенком осуществляется в баллах от 0 до 10. Например, если родители указывают в своем запросе на желание сформировать у ребенка навык самостоятельного пользования ложкой, то специалист уточняет, предлагая оценить в баллах: как выполняет этот навык ребенок; на сколько этот навык важен для развития ребенка; на сколько родители удовлетворены выполнением этого навыка. СОМР используется также инструмент мониторинга – оценки эффективности усвоения навыка при повторной оценке, он наглядно показывает динамику изменений в развитии ребенка и эффективность работы родителей.

Разработка домашних программ требует соблюдения определенных условий и требований:

Требования к составлению программы:

1) программа составляется на основе запроса и потребностей семьи, она максимально должна быть вписана в привычную жизнь семьи и способствовать повышению активности и участия ребенка в ней;

2) программа должна включать не более 2-3х целей по формированию двигательных навыков, поскольку большее количество формируемых навыков может утомлять как ребенка, так и родителей и соответственно оказаться мало результативной;

3) содержание программы должно быть четко структурировано, пошагово и последовательно изложено. Текст программы должен быть краткий, изложенный доступным для понимания родителей языком;

4) структура программы состоит из следующих компонентов: цель, этап, задачи этапа, а также указание – кто и как будет делать. Указывается кратность и продолжительность тех или иных игр и упражнений;

6) при составлении программы (различных игр и упражнений) необходимо учитывать сильные стороны, интересы, любимые игры или занятия, а также индивидуальные потребности ребенка. Игры и упражнения должны быть доступны и основаны на собственной активности и мотивации (желании) ребенка играть.

7) важно учитывать возможности и ресурсы родителей для проведения развивающей работы на основе учета их возрастного, временного, социально-образовательного, а также различных семейно-психологических и иных факторов.

В приложении 10 представлены примеры домашних программ по формированию двигательных навыков.

3.2.3. Разработка индивидуально развивающих программ

Педагог ЛФК, как и каждый специалист, оказывающий ребенку индивидуальную/подгрупповую помощь, составляет коррекционно-развивающую программу. В программе излагаются направления развивающей работы с уточнением и конкретизацией тех способностей, знаний, умений и навыков, которые будут сформированы у ребенка в результате оказания помощи специалистов. Умения и навыки, которые будет развивать специалист оформляются в виде целей - как ожидаемых результатов. Такой подход к развивающей помощи ребенку основан на принципах обновленного содержания образования в дошкольных и школьных организациях, предполагающих нацеленность на формирование конкретных компетенций и навыков воспитанников и обучающихся. При составлении индивидуально-развивающих программ для детей с двигательными нарушениями педагог/инструктор ЛФК руководствуется утвержденными Министерством просвещения специальные программы дошкольного воспитания и обучения для детей с НОДА и нарушениями интеллекта, но основанием для разработки направлений и содержания коррекционно-развивающей работы являются результаты обследования: оценка мобильности по критериям МКФ, сформированности двигательных навыков, уровня моторного развития (моторного статуса), характера и степени двигательных нарушений.

Для составления содержания индивидуально-развивающей программы для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата педагог/инструктор ЛФК руководствуется методическими рекомендациями для специалистов КППК и РЦ [9,10].

Ниже приведены примерные индивидуально-развивающие программы различных специалистов.

Пример 1. Индивидуально-развивающая программа для ребенка с НОДА

Сроки	Направления развивающей работы Цели –ожидаемые результаты	Отметка о дости- жении	Примеча- ния
3мес.	I. Формирование навыка ходьбы 1. Развитие устойчивого вертикального положения 1) устойчиво стоит в вертикальном положении 2) ходит, держась за твердую опору с утяжелителями 3) ходит, держась за твердую опору без утяжелителей 4) ходит, держась за не устойчивую опору (брусья, обруч, балансировочная доска, тренажер «Гросса») 5) ходит с ходунками 6) ходит, держась за одну руку		

7) ходит самостоятельно 8) ходит по меткам, устойчиво II. Развитие зрительно-ножной координации 1. Ходит с поддержкой по меткам 2. Ходит с поддержкой, перешагивая препятствия 3. Ходит самостоятельно по меткам 4. Ходит самостоятельно, перешагивая препятствия 5. Ходит, обходя, огибая препятствия и сохраняя равновесие при поворотах.		
--	--	--

Содержание коррекционно-развивающей программы

Направления развивающей работы	Методы, методики, приемы, средства развивающей работы
I. Формирование навыка ходьбы	1. Комплекс упражнений, направленных на устойчивое вертикальное положение - стойка в вертикализаторе; - обучение положению стоя держась за опору двумя руками 2. Упражнения на укрепление мышц всех групп Комплекс упражнений и игр (описание) 3. Развитие вестибулярного аппарата Комплекс упражнений 4. Формирование навыка ходьбы 1) ходьба с утяжелителями: - держась за твердую опору, - в Гроссе - за не устойчивую опору, с ходунками - держась за брусья, обруч
II. Развитие зрительно-ножной координации	Комплекс упражнений и игр на развитие зрительно-ножной координации: перешагивание препятствий с различной высотой и др.

Пример 2. Индивидуально-развивающая программа для ребенка с задержкой психомоторного развития (нарушениями интеллекта)

Сроки	Направления развивающей работы Цели-ожидаемые результаты	Отметка о достижении	Примечание
1 цикл с по	I. Совершенствования навыка ходьбы 1. Ходит самостоятельно по меткам 2. Ходит самостоятельно, перешагивая препятствия 3. Ходит, обходя, огибая препятствия и сохраняя равновесие при поворотах. II. Развитие ловкости 1. ловит руками мяч разными способами 2. бегает 3. прыгает		

Содержание коррекционно-развивающей программы

Направления развивающей работы	Методы, методики, приемы, средства развивающей работы
1. Совершенствование навыка ходьбы	1. Описание упражнений и игр на формирование пяточно-пальцевой схемы ходьбы
2. Развитие ловкости	2. Описание упражнений и игр на формирование координации движений при ходьбе.
2.1 ловкость рук в игре с мячом разными способами 2.2 ловкость ног.	1. Описание упражнений и игр на развитие ловкости - на ловкость рук- броски в цель, ловля мяча - на ловкость ног: прыжки на месте, в длину, в сторону - бег различными способами- вперед, боком, через низкие барьеры, вверх по лестнице

3.2.4. Оказание развивающей помощи для детей с нарушениями моторного развития

Методика ЛФК базируется на следующих принципах: регулярность; систематичность и непрерывность занятий; индивидуальный подход; учет тяжести и стадии заболевания; учет возраста и психического развития ребенка.

Выбор методики определяется особенностями нарушений и заболевания (возраст, ведущие проявления, степень выраженности нарушений, сопутствующие заболевания и т.д.). Основными направлениями работы для педагога ЛФК при различных нарушениях являются: управление спастичностью; контроль за появлением контрактур; увеличение силы мышц; улучшение двигательной активности; выработка и поддержание навыков функционирования, коммуникации, контроля за приемом пищи и питьем, поведенческими проблемами; развитием социальных навыков и т.д.

Целью лечебной физкультуры является освоение, закрепление и поддержание двигательных навыков. Важно подобрать именно такую стратегию реабилитации, которая максимально учитывает особенности ребенка и решает его насущные задачи. Поэтому перед началом проведения занятий ЛФК проводится тщательный осмотр, изучение навыков, которыми обладает ребенок.

1. Оказание помощи детям раннего возраста и детям дошкольного возраста (школьного) с нарушениями интеллекта.

Комплекс упражнений по стимуляции двигательного развития включает в себя:

1. Упражнения на формирование навыка держать голову, сидеть, стоять, ходить
2. Упражнения на формирование координации движений
3. Упражнения на ловкости
4. Упражнения на формирование возрастных двигательных навыков
5. Упражнения на развитие баланса и вестибулярного аппарата

Все упражнения должны быть основаны на мотивации и интереса ребенка к выполнению этих упражнений. Многочисленными исследованиями и практикой доказано, что если упражнения основаны на активности самого ребенка и интересны ребенку, то результативность таких упражнений значительно выше. Ребенок быстрее усваивает двигательные навыки

При выполнении упражнений необходимо соблюдать следующие условия:

1. Стимуляция собственной активности, мотивации и интерес к действию:

- создавать ситуации, в которых бы ребенок испытывал желание выполнить упражнения.

- не навязывать, заставлять, а сделать так, чтобы ребенку было интересно выполнить упражнение

- выполнять упражнения в игровой форме

- поддерживать эмоциональный контакт. Взаимодействие с ребенком, а не доминирующее воздействие.

- постоянно эмоционально поддерживать, подбадривать, хвалить ребенка

2. Учет возрастных и индивидуальных особенностей ребенка.

3. Создавать физически и психологически комфортную обстановку на занятиях ЛФК -избегать во время выполнения упражнений ситуаций, когда ребенок испытывает стресс: боль, тревогу, страх.

Приведем примеры упражнений на формирование двигательных навыков в игровом формате.

1. Упражнение на формирование навыка стоять:

- 1) Ребенок стоит, держась за опору двумя руками (за шведскую стенку, брусья для ходьбы или прикрепленный к стене поручень). И наблюдает за интересными игрушками (движущимися, светящимися, музыкальными и т.д.)

- 2) Ребенок стоит, держась одной рукой за опору, другой рукой играет с подвешенным воздушным шариком, либо катает машинку свободной рукой по столу держась другой рукой за стол.

2. Упражнение на формирование навыка ходить:

1) Ребенок, держится двумя руками за опору (за шведскую стенку, брус для ходьбы), на расстояние 50-100 см от него лежат интересные игрушки или лакомство. Ребенок ходит боком.

2) Ребенок самостоятельно держится за ручки рамы для ходьбы, рама для ходьбы в режиме лёгкого хода, с разрешением поворота всех колес. Ходит, выполняя различные упражнения: а) обходит препятствия; б) наезжает на заранее разложенные цветные пластиковые тарелочки, пищащие резиновые игрушки; в) доходит с предметом до корзины и закидывает его в нее.

1. Оказание помощи детям раннего возраста и детям дошкольного возраста (школьного) с нарушениями НОДА

В настоящее время в лечебной физкультуре используются значительное количество развивающего оборудования для развития практически всех моторных навыков. В приложении представлен список основного оборудования, которое необходимо иметь кабинету (залу) ЛФК.

Для эффективного использования развивающего оборудования специалисту необходимо хорошо знать назначение каждого тренажера, показания и противопоказания к его применению. Важно также уметь использовать упражнения на тренажерах так, чтобы они вызывали интерес и желание ребенка заниматься на них. Ниже представлены несколько упражнений на различных видах оборудования и тренажерах.

Упражнение на формирование навыка ходить:

1) ребенок находится в тренажере для ходьбы (ходунках) с полной фиксацией рук, спины, таза и ног. Взрослый будет потихоньку подталкивать, ходунки, так чтобы ребенок смог сделать шаг;

2) ребенок держится двумя руками за раму для ходьбы, взрослый помогает двигаться вперед, держа за попу;

3) тренажер Пейсер включен на тормозе 4-х колес, ребенок находится в положение стоя, зафиксирован полностью, перед ребенком находится интересная игрушка (музыкальная, светящаяся и др.). Задача ребенка удерживать свою голову и тело в вертикальном положении, прослеживая взглядом за игрушкой;

4) тренажер Пейсер включен на режим свободного хода (1-2 режим) без поворота колес, зафиксирован частично (тазобедренный сустав, фиксация бедер, фиксация голеностопного сустава), руки свободны, перед ребенком, на расстояние 2-3 метра (в пределах зрения ребенка), находится интересная игрушка (музыкальная, светящаяся и др.). Задача ребенка дойти до игрушки;

5) тренажер Грилло включен на режим свободного хода (1 режим) с поворотом передних колес, зафиксирован частично (тазобедренный сустав, фиксация бедер, фиксация голеностопного сустава), руки свободны, перед ребенком находится интересная игрушка (музыкальная, светящаяся и др.).

Задача ребенка пройти до игрушки, обойдя небольшое препятствие;

б) тренажер включен на режим свободного хода (1 режим) с поворотом передних колес, зафиксирован частично (тазобедренный сустав, фиксация бедер, фиксация голеностопного сустава), руки свободны, перед ребенком находится интересная игрушка (воздушный шарик, музыкальная, светящаяся и др.). Задача ребенка пройти до игрушки;

7) ребенок самостоятельно стоит и держится за ручки тренажера Педало (балансировочный тренажер) и играет в различные игры:

а) догонялки, эстафеты;

б) наезжает на заранее разложенные цветные пластиковые тарелочки, пищащие резиновые игрушки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность и необходимость разработанных методических рекомендаций обусловлена необходимостью учебно-методического обеспечения специалистов КППК и РЦ по комплексной (медицинской) реабилитации по своим направлениям деятельности.

В методических рекомендациях изложены вопросы организации и порядка деятельности врача-реабилитолога и педагога лечебной физкультуры в реабилитационных центрах и кабинетах психолого-педагогической коррекции. Даны рекомендации по проведению обследования и анализу его результатов, оценке потребностей, определению объема помощи и услуг ребенку и его семье; составлению индивидуально-развивающих программ для детей с инвалидностью.

Методические рекомендации ориентированы на современные подходы к оценке проблем и оказания помощи детям с ограниченными возможностями.

Разработанные методические рекомендации представляет собой учебное пособие, предназначенное для педагогов ЛФК и врачей-реабилитологов системы, практическая значимость и ценность которого заключается в том, что впервые в отечественной практике специального образования разработаны порядок и содержание деятельности этих специалистов в условиях КППК и РЦ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. «Конвенция о правах ребенка» одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20 ноября 1989.
2. Декларация о правах инвалидов. Принята резолюцией 3447 (XXX) Генеральной Ассамблеи от 9 декабря 1975 года.
3. Варшавская декларация «Права человека в отношении умственно отсталых лиц» Принята 24 октября 1995 года.
4. «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам инклюзивного образования» Закон РК от 26 июня 2021 года № 56-VII ЗРК.
5. «Стандартные правила по созданию равных возможностей для лиц с ограничениями жизнедеятельности». Утверждены на 48-й сессии Генеральной ассамблеи ООН 20 декабря 1993 года.
6. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: МКФ, краткая версия. Всемирная Организация Здравоохранения 2001.
7. Типовые правила деятельности организаций среднего образования (начального, основного среднего, общего среднего)/ Приказ МП РК от 31 августа 2022, № 385.
8. Система комплексной оценки проблем психосоциального развития детей раннего возраста: Методические рекомендации /сост. А.К.Ерсарина, Р.К. Айтжанова, А.К. Кенжеева, Д.Р.Юлдабаева, А.Н. Токарева. – Алматы 2016. (электронный ресурс [https://www.special-edu.kz/.](https://www.special-edu.kz/))
9. Ерсарина А.К., Токарева А.С., Куттыбаева Ж.К. «Оказание комплексной помощи семье ребенка с инвалидностью на принципах Международной классификации функционирования и ограничений жизнедеятельности и здоровья».-Алматы, ННПЦ РСИО, 2021г. (электронный ресурс [https://www.special-edu.kz/.](https://www.special-edu.kz/)).
10. Организационно-методические основы междисциплинарной командной оценки и индивидуально-развивающих программ для детей с ограниченными возможностями: метод. рекомендации/ Ерсарина А.К., Джангельдинова З.Б. - Алматы: ННПЦ РСИО, 2022. (электронный ресурс [https://www.special-edu.kz/.](https://www.special-edu.kz/)).
11. Канадская оценка выполнения деятельности Торонто, 1994 (издание второе). Мэри Ло, Сью Баптист,Энн Карсвелл, Мэри-Энн МакКолл, Хелен Полотайко, Нэнси Полок. Перевод Сергей Мальцев, Душанбе, 2010.
12. Программа MOVE. Руководство для использования. Комитет по стандартам в образовании (Великобритания). М- 2019г.

13. Постуральный менеджмент <https://specialgarden.ru/marshrut-reabilitacii-pod-klyuch/posturalnyy-menedzhment-24-7/>

14. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учебное пособие. – М., 2014. <http://tlib.gbs.spb.ru/dl/5/>

15. Рипа М. Д. Кинезотерапия. Культура двигательной активности: учебное пособие для вузов / М. Д Рипа, И. В. Кулькова.- М: 2015. <http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:736088&theme=FEFU>

16. Турс Енсен. Реабилитация, базирующаяся на непосредственном окружении (РБНО) – альтернативный подход. Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов. Материалы международной научно-практической конференции 29-31 октября 1996 г./ – Мн: 1998

17. Введение в физическую терапию: реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями неврологической природы /Е.В.Клочкова.- М. : Тервинф, 2014, с.15,21

18. Философия здоровья: от лечения к профилактике и здоровому образу жизни: руководство для врачей, специалистов по реабилитации и студентов / под ред.Е.В.Клочковой. –М., 2009.

19. Зборовский К.Э. Модель специалиста по социальной реабилитации материалы Междунар. науч.-практ. конф., г. Минск, 20 мая. 2010 г.– Минск: 2010.

20. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан 65 от 7 октября 2020 года «Об утверждении Правил оказания медицинской реабилитации», № ҚР ДСМ-116/2020.

21. Типовые правила деятельности организаций среднего образования (начального, основного среднего, общего среднего)/ Приказ МП РК от 31 августа 2022, № 385.

22. Приказ Министерства труда и социальной защиты РК от 29 июня 2023 года № 260 «Об утверждении Правил проведения медико-социальной экспертизы» (Приложение 12 к Правилам проведения МСЭ)

План беседы с родителями в рамках МКФ

Примечание. педагог/инструктор ЛФК ведет опрос родителей по п. I, II (мобильность). III.

I. Общая часть

1. Что беспокоит родителей в развитии ребенка?
2. Запрос родителей: что ожидают от занятий в РЦ?
3. Проблемы: что трудно с ребенком в повседневной жизни?

II. Активность и участие

1. Целенаправленное использование органов чувств (d110-d129)

- 1) смотрит ли или указывает или сам видит и берет предмет, игрушку, еду, которые ему нужны (использование зрения)
- 2) Узнает близких по голосам, выполняет словесные просьбы, реагирует на слова «Нельзя», «Дай» (использование слуха)

2. Мобильность:

- 1) Может ли ребенок держать голову, сидеть, ползать, стоять, ходить (самостоятельно, с поддержкой, при помощи специальных вспомогательных средств)

3. Самообслуживание (d5):

- 1) Как умывается ребенок: что может сама, что делаете вы? ТСР?
- 2) Может ли ребенок чистить зубы, причесываться, чистить нос?
- 3) Как пользуется туалетом (по большому и маленькому): не просится, но реагирует или не реагирует на мокрое; сигнализирует о нужде – каким образом, спокойно высаживается на горшок, сам просится, но нуждается в снятии и одевании штанишек, самостоятельно ходит в туалет. ТСР?
- 4) Может сам раздеться, одеться. Что может сам снять, одеть? Помогает ли при одевании (протягивает руку, ногу)?
- 5) Самостоятельно ли кушает: рукой, ложкой. Пьет сам из чашки? Нуждается в кормлении и питье? Насколько и каким образом? Какую пищу ест (протертую, мягкую?)

III. Факторы окружающей среды (e)

Опрос по отдельным пунктам ведется при соответствующих показателях.

1. Продукция и технология (e1)

- 1). Имеет ли семья возможность покупать или получать лекарства (бесплатно) для лечения ребенка?
- 2). Имеет ли ребенок специальные личные средства: головодержатель,

ортезы, корсеты, ортопедическую обувь, специальный стул, вертикализатор, специальную посуду для питья и приема пищи и др.?

3). Имеет ли ребенок ходунки, специальную коляску (для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата) и др.?

4). Имеет ли ребенок технические или игровые средства для альтернативной коммуникации (если не говорит и/или не понимает речи)?

5. Имеет ли ребенок специальный стол, стул, специальную клавиатуру для занятий и др.?

2. Службы, административные системы и политика (е5)

1) получает ли ребенок пособие по инвалидности и другие

2) санаторно-курортное лечение

3)Получают ли регулярную медицинскую помощь, реабилитацию в реабилитационных центрах, санаториях и т.д.?

4. Оказывает ли помощь социальный работник (социальное обслуживание на дому)

5. Какие еще социальные услуги, пособия, льготы, ТСР получает ребенок? Какие проблемы в их получении?

575 Службы, административные системы и политика общей социальной поддержки

е580 Службы, административные системы и политика здравоохранения

е585 Службы, административные системы и политика образования и обучения

Индивидуальная программа абилитации и реабилитации лица с инвалидностью (ИПАР)

Перечень мероприятий по социальной реабилитации. Приложение 12 к
Правилам проведения МСЭ. Приказ МТСЗН РК от 29 июня 2023 года №
260 «Об утверждении Правил проведения медико-социальной экспертизы».

Реабилитационно-экспертное заключение:

	Мероприятия по социальной реабилитации	да	нет	в ожи- дании
	1. Оказание протезно-ортопедической помощи:			
1	ортопедические аппараты, туторы			
2	костыль			
3	трость			
4	ходунки			
5	корсет			
6	реклинатор, головодержатель			
7	бандаж			
8	лечебные пояса, детские профилактические штанишки			
9	ортопедическая обувь			
10	вкладные приспособления (стельки, башмачки, супинаторы);			
	2. Обеспечение сурдотехническими средствами:			
1	слуховой аппарат (для взрослых, детей)			
2	ноутбук с веб-камерой			
3	многофункциональная сигнальная система			
4	телефон мобильный с текстовым сообщением и приемом пе- редач			
5	часы для незлышащих и слыбслышащих лиц			
6	речевой процессор к кохлеарному импланту (замена)			
7	голособразующий аппарат			
	3. Обеспечение тифлотехническими средствами:			
1	тифлотрость			
2	читающая машина			
3	ноутбук с программным обеспечением экранного доступа с синтезом речи			

4	грифель для письма по системе Брайля			
5	бумага для письма рельефно-точечным шрифтом			
6	телефон мобильный со звуковым сообщением и диктофоном			
7	плеер для воспроизведения звукозаписи			
8	часы для лиц с ослабленным зрением			
9	термометр с речевым выходом			
10	тонометр с речевым выходом			
11	глюкометр с речевым выходом с тест-полосками			
12	говорящий самоучитель брайлевского шрифта			
13	азбука разборная по Брайлю			
14	нитковдеватели, иглы швейные для лиц с инвалидностью с нарушениями зрения			
15	портативный тифлокомпьютер с синтезом речи, с встроенным вводом/выводом информации шрифтом Брайля			
	4. обеспечение обязательными гигиеническими средствами			
1	мочеприемник			
2	калоприемник			
3	подгузники (взрослые, детские)			
4	впитывающие простыни (пеленки)			
5	катетер			
6	паста-герметик для защиты и выравнивания кожи вокруг стомы			
7	крем защитный			
8	порошок (пудра) абсорбирующий			
9	нейтрализатор запаха			
10	очиститель для ухода и обработки кожи вокруг стомы или в области промежности			
11	кресло-стул с санитарным оснащением			
12	опорные откидные поручни для туалетных комнат			
13	поручни для ванных комнат			
	5. Обеспечение специальными средствами передвижения			
1	кресло-коляски			
2	комнатные (для взрослых, детская, подростковая)			
3	кресло-коляски прогулочные (для взрослых, детская, подростковая)			
4	кресло-коляски универсальные (активного типа, с электроприводом, многофункциональная)			

5	кресло-каталка			
	6.Предоставление социальных услуг:			
1	индивидуального помощника			
2	специалиста жестового языка			
	8. Санаторно-курортное лечение проводимое			
1	по линии организации системы социальной защиты населения			

Заключение врача реабилитолога

Ребенок _____

Дата рождения _____ Дата осмотра _____

Медицинский диагноз _____

Заключение ДКО (ПМПК) _____

Результаты обследования по МКФ _____

Функции организма (код) относительно имеющихся ограничений активности /участия	Степень тяжести	Активность и участие. Проблемы	Степень тяжести	Факторы окружающей среды (П Р О Д У К Ц И Я (ТОВАРЫ) И ТЕХНОЛОГИИ)	Степень тяжести
Выбор из списка - умственные функции и структуры нервной системы b117 - сенсорные (глаз, ухо и относящиеся к ним структуры) и боль b210, - голос и речь и структуры, участвующие в голосообразовании и речи b167 - нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции, и структуры b710- b770	0-4	d1 обучение и применение знаний d110 целенаправленное использование зрения d115 целенаправленное использование слуха Мобильность (d4): поддержание положения тела - переход из одного положения тела в другое - перемещение: перемещение объектов ногами Самообслуживание (d5): С точки зрения использования ТСР мытье d510 уход за частями тела (умение чистить зубы, причесываться, чистить нос) d520 одевание d540 прием пищи d550	0-4	e115 Изделия и технологии для личного повседневного использования e120 Изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений Раздел 5 e575 Службы, административные системы и политика общей социальной поддержки	0-4

Реабилитационный диагноз по МКФ: _____

Рекомендации:

Для родителей
Для педагогов,
инструкторов ЛФК,
медсестрам

Врач-реабилитолог

Пример 1.
Заключение врача реабилитолога

Ребенок _____ Жансая _____ Дата рождения
_____ 01.03.21 г. _____ Дата осмотра _____ 01.11.24 г.

Медицинский диагноз: Детский церебральный паралич. Левосторонний гемипарез.

Заключение ДКО (ПМПК): Нарушение опорно-двигательного аппарата - самостоятельно не передвигающийся ребенок.

Результаты обследования по МКФ: ДЦП. Левосторонний гемипарез. d 450, b 280

Функции организма (код) относительно имеющихся ограничений активности /участия	Степень тяжести	Активность и участие. Проблемы	Степень тяжести	Факторы окружающей среды (ПРОДУКЦИЯ (ТОВАРЫ) И ТЕХНОЛОГИИ)	Степень тяжести
- нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции, и структуры	b710.3- b770.3	Мобильность (d4): поддержание положения тела		ходунки с задней опорой, голеностопные ортезы	e115.2
		- Не встает с колен	d450.2	кресло-коляска для передвижения и перевозки внутри и вне помещений	e120.3
		- Не ходит самостоятельно	d420.2		
		- Нет координированных движений рук	d330.1		
Самообслуживание (d5): С точки зрения использования ТСП	d510.2				
мытьё					
уход за частями тела (умение чистить зубы, причёсываться, чистить нос)	d520.2				
одевание	d540.1				
прием пищи	d550.11				

Реабилитационный диагноз по МКФ: ДЦП. Левосторонний гемипарез.
d 450, b 280

Рекомендации:

Для родителей	Для педагогов, инструкторов ЛФК, медсестрам
<ol style="list-style-type: none">1. сбалансированное питание богатое витаминами2. ежедневные прогулки на свежем воздухе 2 раз в день не менее 50-60 мин.3. коляска активная для самостоятельного передвижения с электроприводом4. ортопедические стельки + ортопедическая летняя обувь5. голеностопные ортезы	<ol style="list-style-type: none">1. Постуральный менеджмент на занятиях начиная с 5 мин. И по возможности до 30 мин.2. разрабатывать мелкую моторику левой кисти3. индивидуальные занятия лечебной физкультурой (на суше или на воде) 2 раз в неделю по 30 мин.4. Общий массаж, тонизирующий с акцентом на левую руку и ногу.5. физиолечение (электрофорез с эуфиллином на шейно-воротниковую зону 15 мин №10)

Врач-реабилитолог

Показания к медицинской реабилитации

Наименование нозологических форм заболеваний, шифр по МКБ 10	Мероприятия медицинской реабилитации		Продолжительность курса реабилитации, кратность курсов в течение года
	Вид медицинской реабилитации	количество в течение курса	
1	2	3	4
<p>ДЦП и другие паралитические синдромы</p> <p>Спастическая тетраплегия</p> <p>Врожденная микроцефалия</p> <p>Другие врожденные anomalies мозга</p> <p>С п е ц и ф и ч е с к и е расстройства развития моторной функции</p> <p>Последствия воспалительных болезней центральной нервной системы (далее – ЦНС)</p> <p>Черепно-мозговая травма, восстановительный период</p> <p>Последствия черепно-мозговой травмы</p> <p>Цереброваскулярные болезни, восстановительный период</p> <p>Последствия цереброваскулярных болезней</p>	<p>Мероприятия физической реабилитации</p> <p>1. Индивидуальная лечебная физическая культура</p> <p>1.1. специальные упражнения (пассивные, пассивно-активные, рефлекторные)</p> <p>1.1.1. корригирующие</p> <p>1.1.2. на растяжение</p> <p>1.1.3. поструральные</p> <p>1.1.4. статические</p> <p>2. Массаж</p> <p>2.1. классический</p> <p>2.2. сегментарно-рефлекторный</p> <p>2.3. механомассаж</p> <p>2.4/ вибромассаж</p> <p>3. Мануальная терапия</p> <p>4. Физיותרпия</p> <p>4.1. электрофорез лекарственных средств</p> <p>4.2. магнитотерапия</p> <p>4.3. ультразвуковая терапия</p> <p>4.4. лазеротерапия</p> <p>4.5. парафинолечение</p> <p>4.6. озокеритолечение</p> <p>4.7. гидротерапия</p> <p>4.8. гидромассаж</p> <p>Мероприятия ортопедической коррекции</p> <p>1. Этапные корригирующие гипсовые повязки</p> <p>2. Мягкое шинирование</p> <p>3. Ортезирование</p> <p>4. Корригирующие лангеты</p> <p>5. Коррекция при помощи технических средств социальной реабилитации</p> <p>Диетотерапия</p> <p>Стол III</p> <p>Медикаментозная терапия: средства, улучшающие мозговой метаболизм</p>	<p>№ 10-12</p> <p>№ 7-10</p> <p>№ 7-10</p> <p>е ж е -дневно, до 3 раз в день, чередуя различные виды</p> <p>не более 3-х видов процедур по № 7-10</p>	<p>26-28 дней</p> <p>1-2 раза в год</p>

Виды технических средств реабилитации (ТСР) для развития двигательного аппарата

Наименование ТСР	Характеристика ТСР	Где можно приобрести
ТСР при нарушении функций удержания головы		
<p>1. Головодержатель</p>	<p>Назначение: Главная задача головодержателя – поддержание правильного положения головы. При этом значительно уменьшается нагрузка, как на позвоночник, так и на связки, мышцы шеи.</p> <p>Показания: Когда ребенок не может правильно держать голову, такое средство не допускает травмирования и помогает добиться правильного лечебного эффекта. Это изделие, которое применяется во время реабилитационного процесса после травм или операции. Также оно необходимо и при некоторых типах заболеваний. Одним из них является ДЦП. При нем некоторые дети не могут держать голову в правильном положении – это вызывает серьезные проблемы.</p> <p>Противопоказания, при которых головодержатель использовать нельзя.</p> <ul style="list-style-type: none"> • - Заболевания кожи в зоне соприкосновения с головодержателем. - Несовместимость размера головодержателя 	<p>Адреса мест оказания государственной услуги размещены на интернет-ресурсе Министерства: www.enbek.gov.kz, раздел «Государственные услуги» (при наличии ИПР МСЭ).</p>
ТСР при нарушении функций сидения		
<p>1. Стул для туалета</p>	<p>Назначение: Устройство существенно упрощает уход за малоподвижным пациентом, повышает его самостоятельность и комфорт при проведении ежедневных гигиенических процедур. Может использоваться в домашних условиях или в медицинских учреждениях.</p> <p>При выборе кресла-туалета для детей с ДЦП необходимо учитывать индивидуальные потребности пользователя, его возраст и параметры тела (рост и вес), а также принимать во внимание соответствие габаритов устройства особенностям планировки и размерам помещения, в котором будет осуществляться его постоянная эксплуатация.</p> <p>Показания: Может использоваться как мобильная опора при использовании обычного унитаза, кресло-туалет или кресло. Устройство имеет продуманную конструкцию, обеспечивающую правильное положение тела ребенка и комфорт при использовании. Сиденье с санитарным вырезом, высокая спинка, подголовник, подлокотники, подножки с</p>	<p>https://satu.kz/Kreslo-tualet-dlya-bolnogo.html</p>

	<p>фиксаторами, грудной и тазовый фиксирующие ремни, накладка на сиденье с абдуктором - практически все элементы такой системы могут легко сниматься или регулироваться в соответствии с потребностями пользователя.</p> <p>Противопоказания: 1. Стандартный кресло-туалет слишком высок для ребенка. 2. Не обеспечивает хоть какую-то фиксацию. 3. Использовать его при ДЦП не намного проще, чем обычный унитаз.</p>	
<p>2. Стульчик для малышей</p>	<p>Назначение: терапевтическое кресло, которое отлично служит во время процесса лечения и игры, а также используется при повседневных занятиях, во время учебы или приема пищи. Дома, в садике, школе или в группе составит незаменимую помощь во время реабилитации, как с точки зрения движения, так и для интеграции в обществе.</p> <p>Ортопедическое детское сиденье с легкой интуитивной регулировкой служит правильной и безопасной опорой для ребенка. Ремень бедра и подголовник дополнительно увеличивают комфорт и гарантируют пользователю безопасность. Высота сидения и подлокотников регулируется, как и угол наклона спинки.</p> <p>Простота в использовании. Интуитивно понятная регулировка и сборка.</p> <p>Возьми и потяни. Специальная система в наших жилетах и ремнях позволяет быстро и просто застегнуть их.</p> <p>Показания:</p> <p>Детский церебральный паралич – различные формы. Расщепление позвоночника. Повреждения головного и спинного мозга – разной этиологии. Заболевания мышц, протекающие с парезами и параличом. Генетические синдромы, протекающие с парезами конечностей. Другие заболевания сопровождающиеся парезами, параличом, повреждениями опорно-двигательного аппарата. После черепно-мозговой травмы, травмы позвоночника с повреждением спинного мозга и нижних конечностей..</p> <p>Противопоказания: 1. Стандартный стульчик слишком высок для ребенка. 2. Не обеспечивает хоть какую-то фиксацию. 3. Использовать его при ДЦП не намного проще, чем обычный стульчик.</p>	<p>https://satu.kz/Kreslo-tualet-dlya-bolnogo.html</p>

3.Сидение для купания	<p>Назначение: Сиденье для ванны детское предназначено для детей с нарушениями двигательных функций. Может быть использовано для различных процедур в ванне, душе, на пляже.</p> <p>Оснащён основанием, позволяющим установку в ванны различной ширины и регулировкой угла наклона спинки и ножных секций. Может использоваться как безопасный пляжный шезлонг для детей с моторными нарушениями.</p> <p>Для фиксации ребенка в правильном положении предусмотрены ремни и мягкий подголовник, регулируемый по высоте и ширине. Сиденье стоит непосредственно в ванне, опираясь в дно резиновыми нескользящими накладками. Особенно важно, что можно выставить нужный угол наклона спинки и сиденья, можно подобрать нужную высоту и ширину подголовника. Грудная клетка и ножки ребенка фиксируются ремешками на липучках. Так образом, ребенок в безопасности, а у мамы освобождаются руки и нет нагрузки на позвоночник.</p> <p>Показания: Детский церебральный паралич – различные формы. Расщепление позвоночника. Повреждения головного и спинного мозга – разной этиологии. Заболевания мышц, протекающие с парезами и параличом. Генетические синдромы, протекающие с парезами конечностей. Другие заболевания сопровождающиеся парезами, параличом, повреждениями опорно-двигательного аппарата. После черепномозговой травмы, травмы позвоночника с повреждением спинного мозга и нижних конечностей.</p> <p>Противопоказания: 1. Не обеспечивает хоть какую-то фиксацию. 2. Использовать его при ДЦП ненамного проще, чем обычное сидение.</p>	https://satu.kz/Kreslo-tualet-dlya-bolnogo.html
4.Сидение для душа	<p>Назначение: сиденье-шезлонг для купания детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. Предназначено для купания детей с ДЦП. Имеет складную регулируемую конструкцию, подставку для душа. Основание душевой стойки на колесиках. Удобная высота для быстрого доступа к душевым кабинам. Снижает нагрузку на сидящего во время купания ребенка.</p> <p>Показания: Детский церебральный паралич – различные формы. Расщепление позвоночника. Повреждения головного и спинного мозга – разной этиологии.</p>	https://satu.kz/Kreslo-tualet-dlya-bolnogo.html

	<p>Заболевания мышц, протекающие с парезами и параличом.</p> <p>Генетические синдромы, протекающие с парезами конечностей.</p> <p>Другие заболевания сопровождающиеся парезами, параличом, повреждениями опорно-двигательного аппарата.</p> <p>После черепно-мозговой травмы, травмы позвоночника с повреждением спинного мозга и нижних конечностей..</p> <p>Противопоказания: 1. Стандартное сидение слишком высоко для ребенка. 2. Не обеспечивает хоть какую-то фиксацию. 3. Использовать его при ДЦП ненамного проще, чем обычное сидение.</p>	
5. Стул с механическим подъемом	<p>Назначение: Специальный стул, предназначенный для детей, которые не могут самостоятельно передвигаться и не могут сохранять правильное положение сидя. Благодаря регулируемым опорам можно оптимально подогнать спинку под нужды ребенка и надежно закрепить ее.</p> <p>Стул имеет регулировку спинки и наклона сиденья, чтобы ребенок мог сидеть правильно, с вниманием к правильному распределению давления.</p> <p>Показания: параличи и парезы нижних конечностей различного происхождения паралич и парез туловища ослабление постуральных мышц, отвечающих за поддержание правильного положения тела церебральный паралич менингеальная грыжа мышечные дистрофии</p> <p>Противопоказания: 1. Стандартный стул слишком высок для ребенка. 2. Не обеспечивает хоть какую-то фиксацию. 3. Использовать его при ДЦП ненамного проще, чем обычный стул.</p>	https://satu.kz/Kreslo-tualet-dlya-bolnogo.html
6. Сиденье для переноса	<p>Назначение:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Сиденье для переноса предназначено для правильного позиционирования и комфортного сидения детей с ДЦП с выраженными патологиями. Обладает уникальным свойством – пружинистостью сиденья и спинки. Оно позволяет ребенку двигаться произвольно на подпружиненном кресле. - Сиденье для переноса с постуральной поддержкой как эффективное средство постуральной поддержки для использования детьми и с ограниченными возможностями дома или в учреждениях дневного ухода. 	https://satu.kz/Kreslo-tualet-dlya-bolnogo.html

	<p>- Сиденье для переноса была специально спроектирована для использования терапевтами и педагогами в работе с детьми, подростками при таких заболеваниях, как: ДЦП, Спина бифида (расщепление позвоночника), патология костно-мышечной системы, черепно-мозговые травмы.</p> <p>Показания: параличи и парезы нижних и верхних конечностей различного происхождения паралич и парез туловища ослабление постуральных мышц, отвечающих за поддержание правильного положения тела церебральный паралич менингеальная грыжа мышечные дистрофии Спина бифида Противопоказания:</p>																									
ТСР при нарушении функций стояния (вертикализации)																										
1. Вертикализатор реабилитационный для ребенка с ДЦП	<p>Вертикализатор реабилитационный для ребенка с ДЦП -469 000 ₸</p> <p>Назначение: Вертикализатор-стойка для ребенка с церебральным параличом предназначена для ортопедической коррекции детей от 85 см до 170 см роста. в детских учреждениях, санаториях, а также дома. Стойка изготавливается 4 размеров.</p> <p>Стойка имеет много элементов регулирования, которые позволяют приспособить их к каждому ребенку. При помощи шестерной передачи поворачивая ручку можно регулировать угол наклона стойки. Стойка имеет столик регулируемый по высоте и наклону. Регулируется высота подножки с держателями ступни. Регулируется вертикально и горизонтально боковые фиксаторы, держатель таза. Вертикально регулируются фиксаторы коленных суставов. Стойка имеет 4 поворачивающихся колесика, 2 из них с тормозами.</p> <p>Фиксаторы для туловища, ног, спины и ступней регулируются индивидуально. Для дополнительного крепления имеется дополнительный ремень на уровне плеч.</p> <p>Технические характеристики:</p> <table border="1"> <tr> <td>Рост ребенка, см</td> <td>min 85</td> <td>min 100</td> <td>min 110</td> </tr> <tr> <td></td> <td>min 125</td> <td>max 105</td> <td>max 120</td> </tr> <tr> <td></td> <td>max 170</td> <td></td> <td>max 71</td> </tr> <tr> <td>Ширина стойки, см</td> <td>60</td> <td>65</td> <td>71</td> </tr> <tr> <td>Угол наклона стойки</td> <td>600÷900</td> <td></td> <td>500÷900</td> </tr> <tr> <td></td> <td>500÷900</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Рост ребенка, см	min 85	min 100	min 110		min 125	max 105	max 120		max 170		max 71	Ширина стойки, см	60	65	71	Угол наклона стойки	600÷900		500÷900		500÷900			<p>satu</p> <p>https://satu.kz/Vertikalizator-dlya-dtsp.html</p>
Рост ребенка, см	min 85	min 100	min 110																							
	min 125	max 105	max 120																							
	max 170		max 71																							
Ширина стойки, см	60	65	71																							
Угол наклона стойки	600÷900		500÷900																							
	500÷900																									

	<p>Вес ребенка, кг max 30 max 50 max 70 max 90</p> <p>Вес стойки, кг 18 23 26 29</p> <p>Вертикализатор-стойка для ребенка с церебральным параличом соответствует требованиям Директивы Совета Европейского Сообщества о медицинских приборах 93/42 ЕЭС.</p> <p>Гарантия 12 месяцев. Производство ЗАО «Танета» (Литва)</p> <p>Показания: для ребенка с церебральным параличом</p> <p>Противопоказания, при которых вертикализатор использовать нельзя.</p> <ul style="list-style-type: none"> •- Если ребенок не сидит самостоятельно продолжительное время. •- У ребенка нарушения в развитии костно-мышечной системы. •- Снижен или повышен тонус в ножках. •- Заболевания кожи в зоне соприкосновения с вертикализатором. 	
2.Параподиум динамический	<p>Назначение и особенности использования: Параподиум динамический - Опоры нижних конечностей и туловища (система ортез), для обеспечения вертикализации и передвижения - аппарат ортопедический.</p> <p>Показания: для восстановления пациентов с нарушением двигательных функций верхних или нижних конечностей, которые могут быть обусловлены повреждением спинного мозга, невралгическими нарушениями, ДЦП.</p> <p>«Динамический параподиум» предназначен для активной реабилитации и передвижения (самостоятельного хождения) без дополнительной помощи других вспомогательных средств больных с травмами спинного мозга (в том числе шейного отдела), различными неврологическими нарушениями вызывающими полный или частичный паралич верхних и нижних конечностей.</p> <p>Противопоказания:</p> <ul style="list-style-type: none"> - устанавливаются врачом; •- остеопороз с деформацией нижних конечностей (со значительным отклонением осей нижних конечностей). 	https://satu.kz/Kreslo-tualet-dlya-bolnogo.html
3.Параподиум статистический	<p>Назначение: Система ортез для тех, кто не может использовать</p> <p>Динамический Параподиум. Устойчивая конструкция обеспечивает полностью безопасное и удобное пребывание в вертикальном положении в течение нескольких часов.</p> <p>Показания: для восстановления пациентов с нарушением двигательных функций верхних или нижних конечностей, которые могут быть обусловлены поврежде</p>	

	<p>нием спинного мозга, невралгическими нарушениями, ДЦП.</p> <p>Система ортез для восстановления и реабилитации людей с параличом верхних и нижних конечностей, для тех, кто не может использовать Динамический Параподиум.</p> <p>Устойчивая конструкция обеспечивает полностью безопасное и удобное пребывание в вертикальном положении в течение нескольких часов, и проведение интенсивного восстановления функции верхних конечностей и навыков бытового самообслуживания, с использованием различного дополнительного реабилитационного оборудования.</p> <p>Противопоказания:</p> <ul style="list-style-type: none"> - устанавливаются врачом; • остеопороз с деформацией нижних конечностей (со значительным отклонением осей нижних конечностей). 	
ТСР при нарушении функций ходьбы		
<p>1.Опоры-ходунки для больных ДЦП</p>	<p>Опоры-ходунки для больных ДЦП НМР-КА 4200 S, M,L (Вертикализатор) Код: НМР-КА 4200, 3200,2200 от 600 000 ₴</p> <ul style="list-style-type: none"> • Назначение: <ul style="list-style-type: none"> o Производитель Мега-Оптим o Страна производитель Россия <p>Многофункциональные, модульные опоры-ходунки для развития навыков ходьбы у детей и взрослых с ДЦП, а также пациентов с различными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. Опоры-ходунки оснащены полным набором приспособлений для фиксации различных частей тела в правильном положении. Все приспособления легко крепятся и снимаются, позволяя собирать ходунки, как конструктор, соответственно потребностям конкретного пациента на различных стадиях реабилитации. Все фиксаторы регулируются по нескольким параметрам для максимально точной подгонки ходунков под анатомические особенности пациента. Ходунки выпускаются в трех размерах и могут использоваться как в реабилитационных центрах, так и в домашних условиях.</p> <p>Показания:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Многофункциональные опоры-ходунки для развития навыков ходьбы • Реабилитация: при ДЦП, повреждении опорно-двигательного аппарата, при постинсультном состоянии, после черепно-мозговых травм, неврологических патологиях, при обучении ходьбе на протезах после ампутации нижних конечностей • Возможность осуществлять регулировки, когда пациент находится в ходунках 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Регулировка рамы по высоте • Регулировка нагрузки на ноги • Мягкий фиксатор грудной клетки с регулировкой по высоте, углу крепления и объему • Подлокотники с регулировкой по высоте, ротации, углу, расстоянию по отношению к телу и вперед-назад • Нескользящие рукоятки с регулировкой по высоте и глубине установки • Мягкие поддерживающие трусики • Фиксаторы бедер, регулируемый по горизонтали и по вертикали • Фиксаторы голеностопов с мягкими ремешками, регулируемые по длине шага и расстоянию между голеностопами • Четыре литых колеса с индивидуальными тормозами • Возможность движения как в одном, так и в другом направлении • Все компоненты легко снимаются и устанавливаются • Индивидуальное конструирование опор для использования на различных этапах реабилитации • Выпускается в трех размерах: детские (S), подростковые (M), взрослые (L) • Основным параметром подбора является высота от пола до согнутого локтя в положении стоя • Рама ходунков размера M и L складываются без использования инструмента 	
Крепление грудной клетки	<p>Крепление грудной клетки</p> <p>Мягкий фиксатор грудной клетки поддерживает туловище в требуемом положении. Высота фиксатора, угол его крепления и объем (под различные размеры туловища) регулируются. Все регулировки осуществляются, когда пациент находится в опорах-ходунках, что обеспечивает максимальную точность подгонки.</p>	
Подлокотники	<p>Подлокотники</p> <p>Для максимального соответствия потребностям пациента подлокотники регулируются в пяти плоскостях: высота, ротация, угол, расстояние по отношению к телу и вперед-назад. Подлокотники можно использовать как вспомогательное средство для поддержания веса пациента (в том числе с наклоном вперед), как вспомогательное средство для контроля положения туловища и головы, для фиксации в требуемом положении для различных занятий.</p>	
Рукоятки	<p>Рукоятки</p> <p>Рукоятки регулируются по высоте и глубине установки. Могут использоваться как врачом, так и пациентом.</p>	

Поддерживающие трусики	Поддерживающие трусики обеспечивают оптимальное положение тела при обучении ходьбе. Фиксатор качается в такт движения пациента и позволяет перекладывать вес с одной ноги на другую.			<p>satu</p> <p>https://satu.kz/Vertikalizator-dlya-dtsp.html</p>
Фиксаторы бедер	Фиксаторы бедер двигаются свободно вместе с движениями пациента, предотвращают скрещивание ног, обеспечивают абдукцию, помогают держать вес на ногах и предотвращают вращение тела внутри опор. Регулируются по горизонтали и вертикали.			
Фиксаторы голеностопов	Фиксаторы голеностопов с удобными мягкими обхватными ремешками прочно крепятся к раме. Фиксаторы можно отрегулировать по длине шага и необходимому расстоянию между голеностопами.			
	Технические данные:			
Модель	HMP-KA 4200 S	HMP-KA 4200 M	HMP-KA 4200 L	
Высота рамы	390-490 мм	540-660 мм	740-1020 мм	
Высота подлокотников	460-660 мм	660-900 мм	840-1240 мм	
Высота фиксатора грудной клетки	480-700 мм	720-970 мм	940-1340 мм	
Общая ширина рамы	580 мм	660 мм	700 мм	
Внутренняя ширина рамы	320 мм	410 мм	450 мм	
Длина рамы	820 мм	820 мм	960 мм	
Примерный рост пользователя	70 - 115 см	100 - 140 см	130 - 195 см	
Максимальная грузоподъемность	34 кг	68 кг	91 кг	
Цвет рамы	оранжевый	зеленый	синий	
Масса	13,9 кг	16,2 кг	18,3 кг	
	<p>Противопоказания:</p> <ul style="list-style-type: none"> • доброкачественные и злокачественные новообразования, которые имеют склонность к прогрессированию; • медицинские показания и противопоказания устанавливаются врачом; • остеопороз с деформацией нижних конечностей (со значительным отклонением осей нижних конечностей). 			

<p>2. Детские складные ходунки</p>	<p>Назначение: Приспособления, предназначенные для поддержания вертикального положения и ходьбы людей с выраженными нарушениями способности к передвижению.</p> <p>Опоры имеют две основные функции: снижение веса на нижние конечности и облегчение равновесия.</p> <p>Показания: Предназначены для активного расширения двигательного режима после заболеваний, травм, послеоперационного периода.</p> <p>Для восстановления передвижения при нарушении ходьбы и стояния вследствие заболеваний, последствий травм и деформаций нижних конечностей, позвоночника с выраженными нарушениями функции ходьбы и стояния; выраженного пареза обеих нижних конечностей; выраженного тетрапареза; выраженного парапареза; выраженного гемипареза; выраженных вестибулярно-мозжечковых нарушений.</p> <p>Характеристики</p> <p>Название бренд asmvр</p> <p>Номер модели 2495</p> <p>Происхождение Китай</p> <p>Единица измерения штука/штуки</p> <p>Количество 1</p> <p>Противопоказания, при которых ходунки использовать нельзя.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Если ребенок не сидит самостоятельно продолжительное время. • У ребенка нарушения в развитии костно-мышечной системы. • Снижен или повышен тонус в ножках. <p>- Заболевания кожи в зоне соприкосновения с ходунком.</p>	<p>AliExpress</p>
<p>3. Ходунки-опоры</p>	<p>Назначение: Приспособления, предназначенные для поддержания вертикального положения и ходьбы людей с выраженными нарушениями способности к передвижению.</p> <p>Опоры имеют две основные функции: снижение веса на нижние конечности и облегчение равновесия. Существует несколько конструкций опор для ходьбы - в виде рам жестких складных, на колесиках, на шарнирах, «шагающих», в виде тележки на 2-х колесиках; с опорой на руки или предплечья, специальных с фиксацией корпуса и локтевым упором, подмышечных с упором на грудную область, с упором на поясничную область.</p> <p>Предназначены для активного расширения двигательного режима после заболеваний, травм, послеоперационного периода.</p> <p>Показания: для восстановления передвижения при нарушении ходьбы и стояния вследствие заболеваний, последствий травм и деформаций нижних конечностей,</p>	

	<p>позвоночника с выраженными нарушениями функции ходьбы и стояния; выраженного пареза обеих нижних конечностей; выраженного тетрапареза; выраженного трипареза; выраженного гемипареза; выраженных вестибулярно-мозжечковых нарушений.</p> <p>Противопоказание:</p> <ul style="list-style-type: none"> • доброкачественные и злокачественные новообразования, которые имеют склонность к прогрессированию; • медицинские показания и противопоказания устанавливаются врачом. 	
ТСР для профилактики пролежней		
<p>1.Опоры в кровать</p>	<p>Назначение: Специальные конструкции, которые дают возможность пациентам менять положение на кровати, самостоятельно перемещаться в пределах кровати, обеспечивают опору при подъеме, а также при перемещении вдоль кровати.</p> <p>Показания: Специальные конструкции, которые дают возможность пациентам менять положение на кровати, самостоятельно перемещаться в пределах кровати, обеспечивают опору при подъеме, а также при перемещении вдоль кровати.</p> <p>Противопоказания устанавливаются врачом.</p>	
<p>2.Ребристые матрасы различных размеров</p>	<p>Назначение: имеет лазерные микроотверстия, через которые просачивается воздух, обеспечивающий повышенную комфортность пациента) обладает противо-пролежневым эффектом, который: препятствует застою крови и лимфы в тканях, обеспечивает их нормальное питание и дыхание; предотвращает образование пролежней, сглаживая неровности спального места; обеспечивает массажный эффект за счет попеременного надувания соседних секций.</p> <p>Показания:</p> <p>Детский церебральный паралич – различные формы.</p> <p>Расщепление позвоночника.</p> <p>Повреждения головного и спинного мозга – разной этиологии.</p> <p>Заболевания мышц, протекающие с парезами и параличом.</p> <p>Генетические синдромы, протекающие с парезами конечностей.</p> <p>Другие заболевания сопровождающиеся парезами, параличом, повреждениями опорно-двигательного аппарата.</p> <p>После черепно-мозговой травмы, травмы позвоночника с повреждением спинного мозга и нижних конечностей.</p>	<p>https://satu.kz/Kreslo-tualet-dlya-bolnogo.html</p>

	<p>Противопоказания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Заболевания кожи в зоне соприкосновения с матрасом; 2. Аллергическая реакция на материал; 	
ТСР для использования в быту (специальные предметы быта)		
1. Ножи	<p>Назначение: Специальный нож с эргономичной закрытой ручкой, с лезвием под углом для более удобного использования и поддержания запястья в естественном положении для минимизации усилий при резке, что позволяет использовать его людям с ослабшими руками. Нож адаптирован для облегчения использования, благодаря чему дети, не испытывают дискомфорта или боли. Он оснащен ремешком, который помогает держать нож, и вы можете использовать его для различных задач на кухне.</p> <p>Показания: параличи и парезы верхних конечностей различного происхождения паралич и парез туловища менингеальная грыжа мышечные дистрофии</p> <p>Противопоказания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Не обеспечивает хоть какую-то фиксацию. 2. Использовать его при ДЦП ненамного проще, чем обычный нож. 3. Риск несчастных случаев. 	https://satu.kz/Kreslo-tualet-dlya-bolnogo.html
2. Специальные ободки на тарелки	<p>Назначение: Ободок на тарелку, не позволяет пище выпадать из тарелки, создает защиту по краям. Является незаменимым помощником для детей с ограниченными двигательными возможностями. С помощью этого продукта ребенок больше не будет испытывать неудобства при еде, так как тарелка будет надежно закреплена на месте. Ободок легко устанавливается на тарелку и предназначен для использования детьми с ДЦП. Использование ободка на тарелку не только обеспечит удобство при еде, но и позволит сохранять независимость и самостоятельность. Кроме того, удобство в использовании ободка сокращает время приготовления пищи и уборки посуды, а также служит профилактикой от разливания и других несчастных случаев</p> <p>Показания: параличи и парезы верхних конечностей различного происхождения паралич и парез туловища менингеальная грыжа мышечные дистрофии</p> <p>Противопоказания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Не обеспечивает хоть какую-то фиксацию. 2. Использовать его при ДЦП ненамного проще, чем обычную тарелку. 3. Риск несчастных случаев. 	https://satu.kz/Kreslo-tualet-dlya-bolnogo.html

3. Открывалки различных модификаций	<p>Назначение: Приспособление для открывания банок и бутылок 2 в 1 с эргономичной ручкой позволяет повернуть и открыть любые крышки на банках и бутылках детям с нарушением функций верхних конечностей. Высвобождает вакуум в банках с завинчивающимися крышками, облегчает открывание стеклянных банок и бутылок с металлическими крышками и пробками.</p> <p>Показания: параличи и парезы верхних конечностей различного происхождения паралич и парез туловища менингеальная грыжа мышечные дистрофии</p> <p>Противопоказания: 1. Не обеспечивает хоть какую-то фиксацию. 2. Использовать его при ДЦП ненамного проще, чем обычную открывалку. 3. Риск несчастных случаев.</p>	https://satu.kz/Kreslo-tualetdlya-bolnogo.html
4. Специальная раковина для мытья головы	<p>Назначение: раковина для мытья детям с ДЦП - это идеальное решение для проведения гигиенических процедур без необходимости перемещения пациента. Раковина обеспечивает комфортное положение и поддержку для пациента во время мытья.</p> <p>Для удобства мытья детей есть специальные ванночки, которые обеспечивают комфортное положение головы и предотвращают попадание воды на лицо и шею пациента. Данная ванночка оснащена высокими бортами, препятствующими проливанью воды. А также сливным шлангом для отвода грязных вод. Дополнительно для удобства может быть в наличии надувная подушка в ванночку, чтобы пациент чувствовал себя максимально комфортно.</p> <p>Показания: параличи и парезы нижних и верхних конечностей различного происхождения паралич и парез туловища ослабление постуральных мышц, отвечающих за поддержание правильного положения тела церебральный паралич менингеальная грыжа мышечные дистрофии</p> <p>Противопоказания:</p>	https://satu.kz/Kreslo-tualetdlya-bolnogo.html
5. Приспособление для доставания предметов	<p>Назначение: складной инструмент для захвата, захваты для детей с ДЦП, удобный захват для различных предметов, вспомогательный инструмент для достижения цели</p> <p>Показания: параличи и парезы нижних и верхних конечностей различного происхождения паралич и парез туловища ослабление постуральных мышц, отвечающих за поддержание правильного положения тела церебральный паралич</p>	https://satu.kz/Kreslo-tualetdlya-bolnogo.html

	менингеальная грыжа мышечные дистрофии Противопоказания:	
6. Специальный набор столовых приборов и посуды	<p>Назначение: Комплект столовой посуды 10 предметов (для детей с ДЦП)</p> <p>Комплект включает в себя:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Стакан будет полезен для тех, кто имеет трудности, при наклоне головы назад или вытягивании шеи. Вырез для носа облегчает питье. - Поильник имеет удлиненный носик для облегчения питья, и отверстие для выхода воздуха. - Приспособление для яиц имеет на дне присоску, удерживающую его на месте. Идеально подходит для людей с одной рукой. - Глубокая тарелка с одной стороны имеет высокий закругленный бортик в форме совка, помогающий людям с одной рукой во время еды. На дне имеется присоска, удерживающая тарелку на месте. - Тарелка с одной стороны имеет высокий бортик, помогающий людям с одной рукой во время еды. На дне имеется присоска, удерживающая тарелку на месте. - Ограничитель на тарелку легко устанавливается и снимается вокруг обода любой круглой тарелки диаметром 200-300 мм, изогнутые края предотвращают выпадению пищи из тарелки, особенно у тех, кто ест одной рукой. - Специальная столовая ложка с мягкой ручкой имеет гибкую секцию для фиксации под любым углом для более удобного использования и петлю для фиксации ремнем для детей, которые не могут сами сжимать ручку. Ручку при необходимости можно утяжелить, открутив нижнюю крышку и заполнив полость ручки любыми тяжелыми предметами. - Специальная чайная ложка с мягкой ручкой имеет гибкую секцию для фиксации под любым углом для более удобного использования и петлю для фиксации ремнем для пациентов, которые не могут сами сжимать ручку. Ручку при необходимости можно утяжелить, открутив нижнюю крышку и заполнив полость ручки любыми тяжелыми предметами. - Специальная вилка с мягкой ручкой имеет гибкую секцию для фиксации под любым углом для более удобного использования и петлю для фиксации ремнем для пациентов, которые не могут сами сжимать ручку. Ручку при необходимости можно утяжелить, открутив нижнюю крышку и заполнив полость ручки любыми тяжелыми предметами. - Специальный нож с мягкой ручкой имеет гибкую секцию для фиксации под любым углом для более удобного использования и петлю для фиксации ремнем для 	https://satu.kz/Kreslo-tualet-dlya-bolnogo.html

	<p>пациентов, которые не могут сами сжимать ручку. Ручку при необходимости можно утяжелить, открутив нижнюю крышку и заполнив полость ручки любыми тяжелыми предметами.</p> <p>Показания: параличи и парезы верхних конечностей различного происхождения паралич и парез туловища церебральный паралич менингеальная грыжа мышечные дистрофии</p> <p>Противопоказания:</p>	
7. Приспособление для захвата и удержания различных предметов	<p>- Держатель представляет собой систему ремешков, регулируемой длины, которые крепятся на кружку и помогает ее удерживать. Ремень выполнен из нескользящего материала, благодаря чему керамическая посуда надежно крепится и не выскальзывает из ремня. Такое приспособление необходимо для детей с нарушениями функций верхних конечностей. Очень полезное приспособление, благодаря которому ребенок держит кружку уверенно, минимизирует риск пролить ее содержимое. Размер ручек можно настроить индивидуально для каждого пациента.</p> <p>- Захват для удержания посуды поможет быстро, аккуратно и безопасно открыть любую консервную банку, а также удержать любой твердый предмет</p> <p>- Приспособление предназначено для детей с дефектами верхних конечностей. Приспособление в виде зажима, работающего по принципу тисков, использующегося для удержания посуды, безопасного открытия консервных банок, а также удержания твердых предметов</p> <p>Показания: параличи и парезы верхних конечностей различного происхождения паралич и парез туловища церебральный паралич менингеальная грыжа мышечные дистрофии</p> <p>Противопоказания:</p>	https://satu.kz/Kreslo-tualet-dlya-bolnogo.html
ТСР для занятий		
1. Приспособления для чтения, письма, рисования и т.д.	<p>Назначение: инструмент для поддержки письма, который помогает детям с двигательными нарушениями рисовать и писать самостоятельно.</p>	https://satu.kz/Kreslo-tualet-dlya-bolnogo.html

	<p>По сравнению с ручками, представленными на рынке, воздействует на тыльную часть руки, препятствуя сокращению конечности и делая рисование/письмо эффективным в школе и дома.</p> <p>Для чтения</p> <p>Показания: параличи и парезы верхних конечностей различного происхождения паралич и парез туловища церебральный паралич менингеальная грыжа мышечные дистрофии</p> <p>Противопоказания: Противопоказания:</p>	
--	--	--

Карта реабилитолога

Ф.И. ребенка г.р. возраст

Дата поступления

Заключение ПМПК _____

1. Медицинские диагнозы (по результатам изучения паспорта здоровья и амбулаторной медицинской карты)

- 1) Заключение педиатра
- 2) Заключение невролога
- 3) Заключение офтальмолога
- 4) Заключение лор и сурдолога
- 5) Заключение психиатра
- 6) Заключение ортопеда, эндокринолога, генетика

Другие узкие специалисты

2. Состоит на диспансерном учете:

3. Наличие инвалидности (заключение ВКК):

4. Оценка состояния ребенка по критериям МКФ

5. Форма врача-реабилитолога.

6. Рекомендации врача-реабилитолога

- медицинская реабилитация; назначения медсестре педагогу ЛФК
- рекомендации педагогам
- рекомендации родителям

Нормативы моторного развития детей первого года жизни

Новорожденный. Младенец начинает видеть и слышать. Проявляются врожденные рефлексы: сосание, глотание, моргание, хватательный рефлекс и т. п. Самостоятельно не может изменить положение своего тела. Лежа на животе, голову не поднимает, но всегда автоматически поворачивает ее набок. Удерживать голову в вертикальном положении малыш еще не может.

1 месяц. Младенец уже может несколько секунд удерживать голову в вертикальном положении, старается приподнять ее, лежа на животе. В ответ на раздражение (громкий звук, резкое движение) рефлекторно разводит ручки в стороны, а затем прижимает их к себе, сжимая кулачки (рефлекс Моро). Рефлекторно переступает ножками.

2 месяца. Малыш хорошо поднимает и удерживает голову в вертикальном положении в течение 1-1,5 минуты. Лежа на животе, приподнимает голову и грудь. Поворачивает голову, в сторону говорящего. Следит за движущимися яркими предметами, хватает их всей ладонью и крепко удерживает.

3 месяца. Ребенок свободно удерживает голову в вертикальном положении в течение 5-6 минут. Лежа на животе, приподнимается и опирается на предплечья и локти. Переворачивается со спины на бок, меняет положение своего тела. Но движения несоординированы. Тянется за игрушкой, засовывает пальцы в рот, тянет пеленку.

4 месяца. Ребенок может приподнимать голову из положения лежа на спине. При поддержке в вертикальном положении крепко упирается ножками. Сидит с поддержкой. Свободно переворачивается со спины на живот. Лежа на животе, приподнимается, опираясь на ладони, и следит за движущимся предметом. Хватает и удерживает в руках мелкие предметы. Играет с висящими над кроваткой игрушками, берет их в руки, ощупывает, тянет в рот.

5 месяцев. При поддержке или с опорой ребенок садится, но удерживать спинку прямо еще не может. При поддержке под мышки малыш стоит ровно на ножках. Пытается поворачиваться с живота на спину. Подолгу удерживает схваченные предметы.

6 месяцев. Малыш самостоятельно садится и сидит ровно, без поддержки. Свободно переворачивается с живота на спину. При поддержке за руки или за грудь встает и пытается переступить ножками. Пытается ползать на четвереньках. Перекладывает игрушки из одной руки в другую, размахивает ими, поднимает упавшую игрушку. Протягивает ручки, чтобы его взяли на руки.

7 месяцев. Ребенок поднимается на четвереньки и свободно ползает. Уверенно сидит. Сидя, наклоняет и выпрямляет туловище. При опоре встает на колени. При поддержке за обе руки ровно стоит и хорошо переступает ножками.

8 месяцев. Держась за кровать, малыш сам встает и садится. Пытается хлопать в ладоши ("Ладушки"). Встает и пробует ходить при поддержке за руки. Много манипулирует предметами: постукивает одной о другую, пытается бросить вниз и т. д.

9 месяцев. Пытается стоять без опоры. Самостоятельно ходит, держась за опору, встает из любого положения. При ползании по ровной поверхности залезает на предмет (подушку, скамеечку, чемодан и т. д.). Выполняет довольно сложные движения: перебирает кубики, собирает мелкие предметы.

10 месяцев. Ребенок сам поднимается и стоит без опоры. Может ходить, держась за руку или за коляску. Мелкие предметы берет двумя пальцами, не отдает понравившуюся игрушку. Хорошо подражает движениям взрослых. Сознательно выполняет сложные движения, например, открывает и закрывает коробочку, дает и берет мяч, прячет его.

11 месяцев. Встает, садится, нагибается, ходит при поддержке за руку. Заметно возрастает координация движений пальцев (крепко держит игрушки, комкает и рвет бумагу).

12 месяцев. Ребенок самостоятельно ходит, подходит, если зовут. Приседает и выпрямляется без опоры. Наклонившись, может поднять предмет. Выполняет разные действия руками: открывает дверь, приносит отдельные предметы, игрушки. Пытается участвовать в одевании, умывании.

**Таблица основных условных и безусловных рефлексов
у детей от 0 до 1 года**

Рефлексы	Рефлекс при нормальном развитии	Рефлекс при развитии патологии
1. Рефлекс опоры и автоматическая походка новорождённых Реакция опоры и автоматическая походка физиологичны до 1 — 1,5 месяцев, затем они угасают.	У новорождённого нет готовности к стоянию, но он способен к опорной реакции. Если держать ребёнка вертикально на весу, то он сгибает ноги во всех суставах. Поставленный на опору ребёнок выпрямляет туловище и стоит на полусогнутых ногах на полной стопе. Положительная опорная реакция нижних конечностей является подготовкой к шаговым движениям. Если новорождённого слегка наклонить вперед, то он делает шаговые движения (автоматическая походка новорождённых). Иногда при ходьбе новорождённые перекрещивают ноги на уровне нижней трети голени и стоп.	У новорождённых с внутричерепной травмой, родившихся в асфиксии, в первые недели жизни реакция опоры и автоматическая походка часто угнетены или отсутствуют. При нервно-мышечных заболеваниях реакция опоры и автоматическая походка отсутствуют из-за мышечного гипертонуса. У детей с поражением центральной нервной системы автоматическая походка задерживается надолго.
2. Рефлекс опоры и автоматическая походка новорождённых Реакция опоры и автоматическая походка физиологичны до 1 — 1,5 месяцев, затем они угасают.	У новорождённого нет готовности к стоянию, но он способен к опорной реакции. Если держать ребёнка вертикально на весу, то он сгибает ноги во всех суставах. Поставленный на опору ребёнок выпрямляет туловище и стоит на полусогнутых ногах на полной стопе. Положительная опорная реакция нижних конечностей является подготовкой к шаговым движениям. Если новорождённого слегка наклонить вперед, то он делает шаговые движения (автоматическая походка новорождённых). Иногда при ходьбе новорождённые перекрещивают ноги на уровне нижней трети голени и стоп.	У новорождённых с внутричерепной травмой, родившихся в асфиксии, в первые недели жизни реакция опоры и автоматическая походка часто угнетены или отсутствуют. При нервно-мышечных заболеваниях реакция опоры и автоматическая походка отсутствуют из-за мышечного гипертонуса. У детей с поражением центральной нервной системы автоматическая походка задерживается надолго.
3. Рефлекс ползания (Бауэра) и спонтанное ползание Ползающие движения у новорождённых становятся выраженными	Новорождённого укладывают на живот (голова по средней линии). В таком положении он совершает ползающие движения — спонтанное ползание. Если к подошвам приставить ладонь, то ребёнок рефлекторно	Самостоятельное ползание является предшественником будущих локомоторных актов. Рефлекс угнетен или отсутствует у детей, родившихся в асфиксии, а также

<p>ми на 3 — 4-й день жизни. Рефлекс физиологичен до 4 месяцев жизни, затем он угасает.</p>	<p>но отталкивается от неё ногами и ползание усиливается. В положении на боку и на спине эти движения не возникают. Координации движений рук и ног при этом не наблюдается.</p>	<p>при внутричерепных кровоизлияниях, травмах спинного мозга. Следует обратить внимание на асимметрию рефлекса. При заболеваниях центральной нервной системы ползающие движения сохраняются до 6 — 12 месяцев, как и другие безусловные рефлексы.</p>
<p>4. Хватательный рефлекс Рефлекс физиологичен до 3 — 4 месяцев, в дальнейшем на базе хватательного рефлекса постепенно формируется произвольное захватывание предмета.</p>	<p>Появляется у новорождённого при надавливании на его ладони. Иногда новорождённый так сильно обхватывает пальцы, что его можно приподнять вверх (рефлекс Робинзона). Этот рефлекс является филогенетически древним.</p>	<p>При признаках ДЦП руки либо расслаблены, либо сильно напряжены, в зависимости от мышечного тонуса. Наличие рефлекса после 4 — 5 месяцев свидетельствует о поражении нервной системы.</p>
<p>5. Рефлекс Галанта Этот рефлекс хорошо вызывается с 5 — 6-го дня жизни и физиологичен до 3-4-го месяца жизни.</p>	<p>При раздражении кожи спины паравертебрально вдоль позвоночника новорождённый изгибает спину, образуется дуга, открытая в сторону раздражителя. Нога на соответствующей стороне часто разгибается в тазобедренном и коленном суставах.</p>	<p>У детей с поражением нервной системы он может быть ослаблен или вовсе отсутствовать в течение 1-го месяца жизни. При поражении спинного мозга рефлекс отсутствует длительно. При поражении нервной системы эту реакцию можно наблюдать во второй половине года и позже.</p>
<p>6. Рефлекс Переса Рефлекс физиологичен до 3 — 4-го месяца жизни.</p>	<p>Если провести пальцами, слегка надавливая, по остистым отросткам позвоночника от копчика к шее, ребёнок кричит, приподнимает голову, разгибает туловище, сгибает верхние и нижние конечности. Этот рефлекс вызывает у новорождённого отрицательную эмоциональную реакцию.</p>	<p>Угнетение рефлекса в период новорождённости и задержка его обратного развития наблюдается у детей с признаками развития ДЦП.</p>
<p>7. Рефлекс Моро Рефлекс выражен сразу после рождения. У здоровых детей рефлекс хорошо выражен до 4 — 5-го месяца, затем начинает угасать;</p>	<p>Вызывается различными приемами: ударом по поверхности, на которой лежит ребёнок, на расстоянии 15 см от его головки, приподниманием разогнутых ног и таза над постелью, внезапным пассивным разгибанием нижних конечностей.</p>	<p>При резко выраженной гипертонии имеется неполный рефлекс Моро: новорождённый только слегка отводит руки. В каждом случае следует определить порог рефлекса Моро — низкий или</p>

<p>после 5-го месяца можно наблюдать лишь отдельные его компоненты</p>	<p>Новорождённый отводит руки в стороны и открывает кулачки — I фаза рефлекса Моро. Через несколько секунд руки возвращаются в исходное положение — II фаза рефлекса Моро.</p>	<p>высокий. У грудных детей с поражением центральной нервной системы рефлекс Моро задерживается надолго, имеет низкий порог, часто возникает спонтанно при беспокойстве, различных манипуляциях.</p>
<p>8. Миелэнцефальные позотонические рефлексы физиологичны до 2 мес (у доношенных детей). В случае недоошенности эти рефлексы сохраняются более длительное время (до 3-4 мес). К миелэнцефальным позотоническим автоматизмам относятся:</p> <p>1. асимметричный шейный тонический рефлекс, 2. симметричный шейный тонический рефлекс, Тонический лабиринтный рефлекс.</p>	<p>Если повернуть голову лежащего на спине новорожденного так, чтобы нижняя челюсть находилась на уровне плеча, то происходят разгибание конечностей, к которым обращено лицо, и сгибание противоположных. Более постоянной является реакция верхних конечностей.</p> <p>Сгибание головы вызывает повышение флексорного тонуса в руках и экстензорного — в ногах.</p> <p>Тонический лабиринтный рефлекс — в положении на спине отмечается максимальным повышением тонуса в разгибательных группах мышц, в положении на животе — в сгибательных.</p>	<p>При поражении нервной системы, протекающем со спастическими явлениями, тонические и шейные рефлексы не угасают. Зависимость мышечного тонуса от положения головы в пространстве и от положения головы по отношению к туловищу становится резко выраженной. Это препятствует последовательному моторному и психическому развитию.</p>
<p>9. Параллельно с редукцией миелэнцефальных позотонических автоматизмов постепенно формируются Мезэнцефальные установочные рефлексы (цепные симметричные рефлексы), обеспечивающие выпрямление туловища. Вначале, на 2-м месяце жизни, эти рефлексы рудиментарны и</p>	<p>К концу первого месяца жизни появляется лабиринтный выпрямляющий рефлекс на голову. Ребенок в положении на животе начинает удерживать голову по средней линии.</p> <p>Вначале реакция выражена слабо, затем становится все более активной и дает начало процессу экстензии туловища, которая распространяется сверху вниз и к 5 – 6 мес. достигает нижних конечностей.</p> <p>Ребенок в положении на животе сначала поднимает только голову, в дальнейшем он способен поднимать верхнюю часть туловища и руки</p>	<p>При отсутствии лабиринтных рефлексов голова свисает, подчиняясь силе тяжести и пассивно следуя за всеми перемещениями туловища.</p>

<p>проявляются в виде выпрямления головы (лабиринтный установочный рефлекс на голову). Этот рефлекс стимулирует развитие цепных симметричных рефлексов, направленных на приспособление туловища к вертикальному положению.</p>	<p>(верхний рефлекс Ландау) и при помощи рук удерживаться в такой позе. На 5 – 6-м месяце появляется разгибание ног в положении на животе и даже поднимание их вверх, если ребенка поддерживать рукой под живот (нижний рефлекс Ландау).</p>	
<p>10. Цепные симметричные рефлексы обеспечивают установку шеи, туловища, рук, таза и ног ребенка. К ним относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Шейная выпрямляющая реакция 2. Туловищная выпрямляющая реакция (выпрямляющий рефлекс с туловища на голову). 3. Выпрямляющий рефлекс туловища, действующий на туловище. повороты Выпрямляющие рефлексы направлены на приспособление головы и туловища к вертикальному положению. Они развиваются с конца 1-го месяца жизни, достигают согласованности в возрасте 10-15 месяцев, затем видоизменяются, совершенствуются. 	<p>За поворотом головы в сторону, проинтервированным активно или пассивно, следует ротация туловища в ту же сторону. В результате этого рефлекса ребенок к 4-му месяцу может из положения на спине повернуться на бок. Если, рефлекс ярко выражен, то поворот головы приводит к резкому повороту туловища в направлении ротации головы (поворот блоком). Этот рефлекс выражен уже при рождении, когда туловище ребенка следует за поворачивающейся головой.</p> <p>При соприкосновении стоп ребенка с опорой происходит выпрямление головы. Наблюдается отчетливо с конца первого месяца жизни.</p> <p>Этот рефлекс становится выраженным к 6-8-му месяцу жизни и видоизменяет примитивную шейную выпрямляющую реакцию, вводя ротацию туловища между плечами и тазом. Во втором полугодии уже осуществляются с торсией. Ребенок обычно поворачивает голову первой, затем плечевой пояс и, наконец, таз вокруг оси тела. Ротация в пределах оси тела дает возможность ребенку повернуться со спины на живот, с живота на спину, сесть, встать на четвереньки и принять вертикальную позу.</p>	<p>Отсутствие или угнетение рефлекса может быть следствием затяжных родов и гипоксии плода, а в последствии и развитие ДЦП.</p>

<p>11. Другая группа рефлексов, наблюдаемых у детей раннего возраста, не относится к истинным выпрямляющим рефлексам, но на определенных стадиях способствует развитию двигательных реакций. К ним относятся защитная реакция рук и рефлекс Ландау.</p> <p>Защитная реакция рук –</p> <p>Рефлекс Ландау является частью выпрямляющих рефлексов.</p>	<p>Разведение рук в стороны, вытягивание вперед, отведение назад в ответ на внезапное перемещение туловища. Эта реакция создает предпосылки для удержания тела в вертикальном положении.</p> <p>Если ребенка держать свободно в воздухе лицом вниз, то вначале он поднимает голову, так что находится в вертикальной позиции, затем наступает тоническая экстензия спины и ног; иногда ребенок изгибается дугой. Рефлекс Ландау проявляется в возрасте 4-5 месяцев, а отдельные его элементы и раньше.</p>	<p>При поражении нервной системы защитная реакция рук либо отсутствует, либо слабо выражена</p> <p>У детей с патологией, рефлекс Ландау не выражен или отсутствует, на изменение положения тела ребенок не реагирует</p>
---	--	--

Оценка выполнения деятельности (COMP)

Уважаемые родители, оцените, пожалуйста, степень - выполнения, важности и удовлетворенности навыком вашего ребенка

НАВЫК	ВЫПОЛНЕНИЕ Как выполняет навык ваш ребенок?	ВАЖНОСТЬ На сколько этот навык важен для развития вашего ребенка?	УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ На сколько вы удовлетво- рены выполнением этого навыка?
1. Например самостоя- тельно сидеть	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 не могу выполнить легко делаю	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 совсем не имеет значения очень важно	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 не удовлетворена полностью удовлетворена
2. Умение Стоять без опоры	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 не могу выполнить легко делаю	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 совсем не имеет значения очень важно	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 не удовлетворена полностью удовлетворена
3. Умение ходить	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 не могу выполнить легко делаю	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 совсем не имеет значения очень важно	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 не удовлетворена полностью удовлетворена

План развития навыка
А.Т. 1г.9мес. (синдром Дауна)
Долговременная цель: научиться стоять и ходить

Кратко временная цель	Задачи	Как делать?	Кто будет делать?
1.Развивать силу мышц стоп.	1.Амина будет опираться на ступни ног при сидении (когда кушает, играет, когда ее одевают).	Садить Амину на стульчик так, чтобы ее колени были согнуты под углом 90 градусов. Ноги должны плотно упираться в пол, когда она: - кушает за маленьким столом - играет с игрушками за столом - сидя на стуле, Амина будет бросать правой рукой: мячики, кубики, носочки в клубочки, ложки, пластиковые тарелочки, камни и т.д. в кастрюлю или ведро, тазик, коробку и т.д. сначала с короткого расстояния, затем увеличивать расстояние от ног до кастрюли. Поощряйте и постоянно хвалите ребенка! Делать по 3 раза в день от по 5-7 пока не ей это не наскучит.	Мама папа
	2. Амина будет опираться на стопы ног в положении стоя и удерживать равновесие	1. Амина будет стоять при помощи мамы. Мама будет держать Амину за попу. 2. Амина стоит в таком положении, как в п.1. Перед ней на высоте поднятой руки будет находиться подвешенный воздушный шарик, который держит бабушка или он будет прикреплен к чему-то и Амина будет бить по шарiku (преимущественно правой рукой). Поощряйте и постоянно хвалите ребенка! Так играть 2-3 раза в день	Мама папа

Ерсарина А.К., Абдрахманова А.К., Токарева А.С.

Организационно-методические основы оказания помощи детям с
двигательными и ментальными нарушениями: метод. рекомендации
Методические рекомендации

Редактор А.К. Ерсарина.
Технический редактор Д. Токтарбекова.
Компьютерная верстка А. Кабанбаев.

Формат 60x84\16. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 6,0

ННПЦ КП 050008, г. Алматы, ул. Байзакова 273 А,
тел\факс 394-45-17, 394-45-07.