

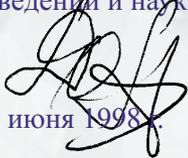
**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

**СОГЛАСОВАНО**

Заместитель начальника  
Главного управления кадровой политики,  
учебных заведений и науки Н.И. Доста

23 июня 1998 г.



**УТВЕРЖДАЮ**

Первый заместитель  
министра здравоохранения  
В.М.Ореховский

23 июня 1998 г.

Регистрационный № 19-9802



**КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ (АБИЛИТАЦИЯ)  
ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ**

**Минск 1998**

***Основное учреждение-разработчик:***

Белорусский научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов

***Авторы:*** канд. мед. наук Т.С. Шуплецова, канд. биол. наук Л.П. Васильева, канд. мед. наук Ю.И. Гарус, канд. биол. наук Е.В. Шульга, Д.П. Астапенко, Н.В. Красовская, А.М. Бокач, канд. мед. наук А.П. Потеенко, Т.Н. Бузенкова

***Рецензенты:*** канд. мед. наук Э.С. Кашицкий, канд. мед. наук Г.С. Северин, канд. мед. наук В.И. Науменко

В методических рекомендациях изложены задачи и принципы организации абилитационно-реабилитационных мероприятий в условиях детской поликлиники, содержатся индивидуальные типовые программы абилитации (реабилитации) детей-инвалидов неврологического и офтальмологического профилей, описан порядок их оформления.

Методические рекомендации предназначены для врачей-реабилитологов, специалистов лечебно-профилактических и коррекционно-реабилитационных детских учреждений, врачей МРЭК и других служб детской реабилитации.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Беларуси в качестве официального документа.

# Оглавление

<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	<b>5</b>
<b>ЗАДАЧИ И ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ АБИЛИТАЦИОННО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ</b> .....	<b>7</b>
Порядок оформления индивидуальной программы абилитации (реабилитации) ребенка .....	9
Особенности оформления индивидуальной программы абилитации (реабилитации) ребенка-инвалида вследствие глазной патологии .....	24
<b>Приложение 1</b>	
Индивидуальная программа абилитации (реабилитации) ребенка .....	28
<b>Приложение 1а</b>	
Схема описания состояния нервной системы ребенка с неврологической патологией .....	34
<b>Приложение 1б</b>	
Схема описания состояния органа зрения у ребенка с патологией органа зрения .....	35
<b>Приложение 2</b>	
Оценка физического развития и биологической зрелости ребенка .....	36
<b>Приложение 3</b>	
Критерии оценки функционального состояния .....	40
Карта-тест для оценки уровня моторной зрелости по двигательным умениям ребенка .....	49
<b>Приложение 5</b>	
Методы исследования и оценки профессионально значимых двигательных качеств .....	52
<b>Приложение 6</b>	
Критерии оценки реабилитационного потенциала ребенка .....	54

**Приложение 7**

Программа коррекции различных форм двигательных нарушений у детей-инвалидов вследствие ДЦП ..... 56  
Программа коррекции двигательных нарушений у детей-инвалидов вследствие ДЦП ..... 58  
Программа коррекции двигательных нарушений у детей-инвалидов вследствие ДЦП ..... 59

**Приложение 8 ..... 61**

Программа коррекционных мероприятий по развитию и совершенствованию высших психических функций и познавательных процессов ..... 61  
Критерии количественной и качественной оценки эффективности абилитационных (реабилитационных) мероприятий у детей-инвалидов ..... 66  
Порядок расчета коэффициента эффективности ..... 72

**Приложение 10**

Варианты оказания услуг детям-инвалидам дошкольного возраста с глазной патологией ..... 73

**Приложение 11**

Алгоритм организации медицинской реабилитации детей-инвалидов вследствие патологии органа зрения школьного возраста в условиях детской поликлиники и спецшколы для слабовидящих ..... 76

**Приложение 12 ..... 77**

1. Порядок проведения медицинской реабилитации детей-инвалидов школьного возраста с высокой близорукостью в условиях детской поликлиники и спецшколы для слабовидящих ..... 77  
2. Порядок проведения медицинской реабилитации детей-инвалидов школьного возраста с патологией хрусталика в условиях детской поликлиники и спецшколы для слабовидящих ..... 79  
3. Порядок проведения медицинской реабилитации детей-инвалидов школьного возраста с косоглазием и амблиопией в условиях детской поликлиники и спецшколы для слабовидящих ..... 80

## ВВЕДЕНИЕ

Термин «реабилитация» в детском возрасте и у взрослого человека имеет разное содержание. У взрослого человека реабилитация достаточно ограниченный во времени процесс, направленный на *повторное* приспособление личности больного к социально-бытовой среде через восстановление нарушенных функций и трудоспособности. Этот процесс у взрослых распадается на ряд последовательных этапов: медицинский, медико-профессиональный, профессионально-трудовой и социальный. На поликлиническом этапе медицинской реабилитации завершаются мероприятия, начатые в стационаре.

В отличие от взрослых, у значительной части детей потребность в реабилитации возникает с первых дней или недель их жизни и продолжается до достижения взрослого возраста. По данным отечественной и зарубежной литературы у 68–72% детей-инвалидов функциональные нарушения, являющиеся причиной их инвалидизации, имеют врожденный или наследственный характер. Возникшие внутриутробно или в раннем постнатальном периоде дефекты вторично нарушают ход онтогенетического развития ребенка. Поэтому процесс преодоления дефектов у детей гораздо более длительный и сложный, чем просто восстановление функций, нарушенных болезнью. Он включает в себя как меры воздействия на первичный дефект, так и меры воздействия на вторичные нарушения дизонтогенетического характера, а также целенаправленное активное формирование биологических предпосылок, необходимых для *первичного* приспособления ребенка к социальной среде. У ребенка в этом процессе сложно, а порой и невозможно выделить отдельные этапы, так как они являются звеньями единого процесса, осуществляемого параллельно в одно и то же время в течение всего периода онтогенетического развития ребенка. Важное место в этом процессе занимают реабилитационные службы детских амбулаторно-поликлинических учреждений.

Процесс первичного приспособления ребенка-инвалида с врожденными или рано приобретенными нарушениями, ограничивающими его жизнедеятельность и влекущими дезадаптацию к социальной среде, правильнее называть не реабилитацией, а абилитацией. В словаре терминов по реабилитации абилитация трактуется как комплекс мероприятий, направленных на формирование и развитие функциональных систем организма, способностей индивида, естественное становление которых затруднено в силу болезни, дефекта с целью успешности социальной интеграции.

Наиболее частыми причинами, требующими абилитационных мероприятий, являются детский церебральный паралич, олигофрения, болезни органов зрения и слуха.

Если инвалидизирующие нарушения возникли у ребенка в более позднем возрасте и не нарушили процесс онтогенетического развития, ребенок имел навыки самообслуживания и опыт социальной жизни, то в таких случаях применимы меры не абилитационного, а реабилитационного воздействия.

Точкой приложения как абилитационных, так и реабилитационных воздействий являются не проявления заболеваний, а их последствия.

Комплексная реабилитация (абилитация) строится на основе изучения результатов медико-физиологических и психологических показателей состояния ребенка (антропометрия, показатели физического развития, биологической зрелости, уровня интеллектуального развития и т.д.), а также интегральной оценки реабилитационного потенциала.

В основу разработки мероприятий, рекомендуемых для реабилитации (абилитации) детей с последствиями инвалидизирующей неврологической и офтальмологической патологии, положен комплексный подход, включающий воздействия на первичные и вторичные нарушения с широким использованием компенсаторных механизмов.

Предлагаемая технология реализации абилитационно-реабилитационных мероприятий прошла апробацию на базе 17-й и 19-й детских поликлиник г. Минска.

## **ЗАДАЧИ И ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ АБИЛИТАЦИОННО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ**

Основными задачами абилитационно-реабилитационного процесса в условиях детской поликлиники являются:

- восстановление функций или уменьшение выраженности функциональных нарушений первичного генеза, вызванных инвалидизирующим заболеванием;
- предотвращение или уменьшение функциональных нарушений вторичного генеза, т.е. тех функций, развитие которых в онтогенезе было задержано (или нарушено) вследствие основного дефекта;
- создание предпосылок для первичного (или повторного) приспособления ребенка к социально-бытовой среде путем формирования навыков самообслуживания, передвижения, ориентации, коммуникации;
- выявление и развитие биологических задатков способностей к трудовой деятельности.

Эти задачи могут быть успешно решены при соблюдении ряда принципиальных положений:

- раннее начало абилитационно-реабилитационных мероприятий;
- комплексность воздействий с учетом всех аспектов абилитационно-реабилитационного процесса и участием специалистов разного профиля;
- непрерывность абилитационно-реабилитационного процесса до достижения ребенком взрослого возраста;
- преемственность в проведении абилитационно-реабилитационных мероприятий между разными специалистами как внутри одного учреждения, так и между разными учреждениями;

- индивидуальный подход и коллегиальность при формировании программы абилитации (реабилитации);
- активное осознанное участие ребенка и его семьи;
- систематический контроль за выполнением программы и ее эффективностью, необходимая коррекция программы в процессе онтогенетического развития ребенка и ее индивидуализация.

Раннее начало абилитационно-реабилитационных мероприятий предполагает формирование и реализацию индивидуальной программы абилитации сразу же после выявления стойкого нарушения функций, ограничивающих жизнедеятельность ребенка.

Принцип комплексности абилитационных (реабилитационных) мероприятий предполагает организацию взаимодействия специалистов разного профиля и использования физических, психологических, психотерапевтических, медикаментозных и других методов.

Одним из ключевых принципов реабилитации является непрерывность процесса. Как показывает практика, именно непрерывность реабилитационного процесса позволяет уменьшать тяжесть нарушений.

Преимуществом в проведении абилитационных (реабилитационных) мероприятий предполагает передачу полной информации о ребенке и используемых средствах и методах абилитации, а также результатах для того, чтобы избежать взаимоисключающего воздействия на организм разных факторов.

Данные о реальных и потенциальных возможностях ребенка необходимы для подбора адекватных методов и средств, стимулирующих саногенетические механизмы в процессе возрастного развития ребенка.

Принцип индивидуализации означает, что реабилитировать (абилитировать) конкретного ребенка можно также с учетом его статуса компенсаторных возможностей, психологической готовности к выполнению программы. Активное, осознанное участие ребенка и членов семьи является обязательным условием, обеспечивающим эффективность процесса. Причем, эта активность должна возрастать по мере взросления ребенка. Вовлечение членов семьи ребенка в реабилитационный процесс предполагает обучение их приемам реабилитации и привлечение к выполнению реабилитационных мероприятий в домашних условиях.

Систематический контроль за выполнением абилитационных (реабилитационных) мероприятий позволяет оценить эффективность проведенных мероприятий и своевременно внести необходимые изменения в коррекционно-восстановительные программы.

### **Порядок оформления индивидуальной программы абилитации (реабилитации) ребенка**

Индивидуальная программа абилитации (реабилитации) заполняется на ребенка, имеющего стойкие функциональные нарушения, которые привели или могут привести к социальной дезадаптации, что квалифицируется в соответствии со следующими нормативно-распорядительными документами: Инструкция по определению инвалидности (Приложение № 1 к приказу МЗ Республики Беларусь № 28 от 16.02.93 г., Приложение к Инструкции по определению инвалидности от 16.02.93 г.), Инструкция по определению причин инвалидности (Приложение №2 к приказу МЗ РБ от 16.02.93 г.), «О порядке освидетельствования детей на МРЭК» (письмо МЗ Республики Беларусь № 02-6-2-2\782 от 26.02.83 г.), Методическое письмо по определению степени утраты здоровья и степени инвалидности МЗ Республики Беларусь № 04-2-4 от 08.10.99 г.

Предлагаемая форма индивидуальной карты-программы комплексной абилитации (реабилитации) ребенка представлена в Приложении 1.

Она состоит из паспортной части и 3-х разделов: экспертно-диагностического, коррекционно-восстановительного и профориентационного.

Участковый врач-педиатр или врачи узких специальностей, впервые выявившие у ребенка стойкие функциональные нарушения, направляют его к врачу-реабилитологу для оформления индивидуальной программы абилитации (реабилитации) ребенка.

Написание индивидуальной программы абилитации (реабилитации) ребенка начинается с заполнения паспортной части. В нее вносится общепринятая информация, в том числе сведения о посещении дошкольно-школьных учреждений. Если карта заполняется на ребенка, уже имеющего статус инвалида, вносятся сведения об инвалидности, в частности, дата установления инвалидности и на какой срок.

Оформление раздела «Экспертная диагностика» организуется врачом-реабилитологом и осуществляется комплексно с участием педиатра, невропатолога, психиатра (психоневролога), психолога, офтальмолога, отоларинголога, логопеда. При необходимости подключаются и другие специалисты. В процессе обследования важно установить взаимосвязь и взаимозависимость между отдельными проявлениями нарушений физического, соматического, неврологического, психического развития, а также иерархию выявленных отклонений.

Показатели физического развития, его гармоничность, биологическая зрелость ребенка оцениваются общепринятыми методами, которые приведены в Приложении 2. Достигнутый уровень физического развития определяется путем сравнения со средними показателями для данного возраста.

Исследование сердечно-сосудистой системы включает в себя определение артериального давления, частоты сердечных сокращений, «двойного произведения» (частоты сердечных сокращений и систолического артериального давления) в покое и после проведения стандартных физических нагрузок (ортостатическая проба, приседания, степ-тест, велоэргометрия, дозированная ходьба), которые подбираются индивидуально с последующим определением характера и типа сердечно-сосудистых реакций на нагрузку.

Применение ортостатической пробы рекомендуется при обследовании детей со значительным ограничением двигательной активности. Она служит для характеристики функциональной полноценности рефлекторных механизмов регуляции гемодинамики. У обследуемого ребенка после 5-минутного пребывания в положении лежа подсчитывают частоту сердечных сокращений в минуту. Затем ребенок по команде занимает положение стоя и в этой позе на первой и третьей минутах снова измеряют частоту сердечных сокращений.

Для оценки общего уровня тренированности рекомендуются пробы с задержкой дыхания: задержка дыхания на вдохе (проба Штанге) и задержка дыхания на выдохе (проба Генча). Они оцениваются по продолжительности времени задержки дыхания в секундах.

Основные количественные показатели для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем приведены в Приложении 3.

Функциональное состояние и уровень развития высшей нервной деятельности ребенка оценивается психологом с помощью хронорефлексометров и специальных тестов.

Для оценки функционального состояния нервной системы и двигательной сферы ребенка, наряду со стандартными методами неврологического обследования, необходимо использовать и специальные методы оценки моторного возраста и двигательных возможностей ребенка.

Моторный возраст ребенка определяется при помощи набора тестов Н.И Озерецкого по уровню развития наиболее значимых для формирования двигательных умений физических качеств: статического равновесия, координации, скорости и точности движений.

Наряду с тестами Н.И. Озерецкого можно использовать и другие методики.

В Приложении 4 приведена карта-тест для оценки моторного развития ребенка в возрасте до 7 лет, составленная на основании обобщенных данных, полученных из зарубежных и отечественных литературных источников. Карта содержит сведения о том, какими двигательными умениями должен обладать ребенок на определенных возрастных этапах. Пользуясь предлагаемой картой можно оценить достигнутый уровень моторного развития ребенка с неврологической патологией.

Общая оценка состояния и развития нервной системы проводится врачом-невропатологом.

Описывается тонус, сила мышц, состояние рефлекторной сферы, объем движений конечностей (активных, пассивных), состояние трофики окружающих тканей, чувствительность, координация, наличие контрактур, способность к самостоятельному передвижению, походка, гиперкинезы, судорожный синдром и т.д. в соответствии с Приложением 1А.

Для оценки двигательных возможностей ребенка требуется участие кинезотерапевта. К сожалению таких специалистов в нашей республике пока не готовят. Поэтому оценка двигательных умений ребенка должна осуществляться с участием инструкторов ЛФК или врача ЛФК. Наряду с оценкой двигательных умений необходимо также дать заключение об уровне развития двигательных качеств (сила мышц, статическая выносливость, способность дифференцировать мышечные усилия) у ребенка. Нормативные показатели этих качеств для детей 3–15 лет приведены в Приложении 5. Данные обследования специалистов ЛФК должны дополнить неврологическую оценку состояния крупной и мелкой моторики, координации движений, пространственных представлений ребенка и способности к поддержанию различных поз.

Функциональное состояние и уровень развития функций высшей нервной деятельности ребенка оценивается психологом (или психофизиологом) с помощью хронорефлексометров и специальных стандартизированных тестов.

Клинико-психологический статус включает описание состояния интеллектуально-мнестических, сенсорно-перцептивных функций (восприятие, внимание, память, мышление) и особенностей эмоционально-волевой сферы. Для тестирования можно использовать широко известные методики, разработанные Е.Я. Рубинштейн, В.М. Блехером, Р.С. Немовым и др. Эта часть обследования требует участия детского психоневролога, психиатра или медицинского психолога.

Результаты психофизиологического исследования функционального состояния ЦНС, оцениваемого с помощью рефлексометра, позволяют более углубленно изучить отдельные функции, в частности, такие важные показатели как функциональный уровень системы (ФУС), устойчивость реакции (УР), уровень функциональных возможностей (УФВ). Эти критерии рассчитываются по статистическим показателям латентного времени зрительно-моторной реакции методом Т.Д. Лоскутовой. Они отражают адаптационные, гомеостатические и регуляторные возможности мозга. Адаптированные к детям разного возраста показатели функционального состояния ЦНС приведены в Приложении 3. Для тестирования состояния высших психических функций рекомендуется использовать также другие стандартные методы, корректурные тесты, запоминание цепочки двухзначных чисел, слов и т.д., цифровые таблицы.

Для исследования функционального состояния органа зрения используются методы по определению остроты зрения (вдаль и близи), периферических границ поля зрения, бинокулярного, цветового и сумеречного зрения. При необходимости определяются состояние центральной части поля зрения при помощи сетки Амслера и границы полей зрения на цвета (Приложение 1Б).

Слух исследуют традиционными методами с использованием шепотной и разговорной речи и тональной аудиометрии.

Результаты обследования ребенка каждым специалистом необходимо оформить в карте с вынесением заключения о функциональном состоянии органов и систем, выявленных нарушениях или отклонениях в развитии.

Оформление экспертно-диагностического раздела заканчивается описанием клинико-функционального диагноза основного и сопутствующих заболеваний, оценкой степени нарушения функции и вызванных этими нарушениями ограничениями жизнедеятельности, а также оценкой реабилитационного потенциала ребенка.

Как принято в экспертизе и реабилитации, для оценки состояния функции учитываются два критерия: степень нарушения функции и возможность ее компенсации с помощью медико-технических средств. Для градации имеющихся нарушений в экспертной практике используется понятие «функциональный класс» (ФК).

ФК0 — характеризует нормальное состояние параметра. ФК1 — имеются легкие нарушения функций (не более, чем на 25%, сюда же относятся более выраженные отклонения от нормы возрастного развития, которые компенсируются полностью или до степени легких нарушений). ФК2 — умеренно выраженное отклонение от нормального возрастного развития функций (от 25 до 50% ), не компенсируемое с помощью вспомогательных средств или более значительные отклонения, частично компенсируемые до умеренной степени. ФК3 — значительно выраженное отклонение от нормального возрастного развития функций (от 51 до 75%), не компенсируемое или слабо компенсируемое. ФК4 — резко выраженное и полное (свыше 75%) нарушение функций, некомпенсируемое.

Уровень ограничения жизнедеятельности оценивается шестью показателями по Международной номенклатуре нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (1994): самообслуживание; передвижение; ориентация в пространстве; способность к общению; способность к контролю за поведением; способность к обучению. Более подробная характеристика критериев жизнедеятельности дана в методических рекомендациях «Оценка критериев жизнедеятельности и эффективности реабилитации» (Минск, 1995).

Легкие нарушения функций (ФК1) могут приводить к незначительным ограничениям передвижения, обучения, ориентации. Самообслуживание в этих случаях обычно не нарушается.

Умеренные нарушения функций (ФК2) могут обусловить, кроме вышеперечисленных ограничений, еще и ограничение в самообслуживании. При значительно выраженных нарушениях функций у ребенка (ФК3) самообслуживание и передвижение возможно с помощью вспомогательных средств или при содействии других лиц. Для обучения требуется создание специальных условий.

При резко выраженных функциональных нарушениях (ФК4) возникают еще более тяжелые ограничения жизнедеятельности, сопровождающиеся неспособностью к самообслуживанию и полной зависимостью от других лиц.

Потребность в проведении комплекса реабилитационных мероприятий рассчитывается с учетом реабилитационного потенциала. Расчет реабилитационного потенциала весьма важен для прогнозирования результатов реабилитационно-абилитационного процесса от воспитания элементарных гигиенических и бытовых навыков до полной интеграции в общество.

Пример: Больная К., 15 лет, учащаяся 9-го класса. Ребенок-инвалид с 2-х лет. Диагноз: Врожденная патология органа зрения. Афакия осложненная (после удаления врожденных катаракт), горизонтальный нистагм, амблиопия обоих глаз. Острота зрения 0,1 с коррекцией +12,0 Д вдаль и вблизи. ФК2. Сопутствующее заболевание — нарушение осанки.

В ходе обследования выявлены следующие данные:

Физическое развитие — среднее. Функциональное состояние сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной систем, а также опорно-двигательного и слухового аппарата соответствует возрастной норме.

В результате клинико-психологического обследования установлен средний уровень интеллектуально-мнестической сферы. Нарушений эмоционально-волевой сферы не выявлено. Профессиональные интересы, склонности и намерения характеризуются нечеткой сформированностью.

Результаты психофизиологических исследований ЦНС и двигательной системы: функциональное состояние ЦНС имеет умеренную степень патологического сдвига (I степень). Нервная система относится к слабому типу. Подвижность возбуждательного нервного процесса — удовлетворительная, тормозного — снижена. Лабильность нервных процессов в зрительном анализаторе — ниже среднего. Уровень развития высших психических функций: внимания (концентрация, объем), памяти (объем), логического и оперативного мышления — отстает от показателей возрастной нормы.

В двигательной системе возрастной норме соответствует уровень развития статической выносливости рук, кистевой мышечной силы, способности дифференцировать малые мышечные усилия, мышечно-суставной чувствительности. Показатели тактильной чувствительности снижены.

С учетом зрительных нарушений степень тяжести ограничения жизнедеятельности и ее основных категорий (передвижение, самообслуживание, ориентация в окружающем) следует оценивать как вторую степень тяжести.

Реабилитационный потенциал — средний.

Специалистами определены необходимые абилитационно-коррекционные мероприятия.

1. Восстановительные методы: проведение медикаментозного и физиотерапевтического лечения, направленного на рассасывание помутнений в оптических средах глаз, на улучшение трофических процессов в глазах.

2. Психологическая коррекция функции логического мышления (повышение темпа деятельности), развитие навыков выполнения арифметических вычислений, тренировка внимания, памяти.

3. Физическая коррекция: проведение коррекционных занятий средствами ЛФК, физической культуры с целью совершенствования отстающих в развитии функций двигательной системы, поскольку заболевание органа зрения сдерживает естественное их развитие.

4. Социальные меры: проведение профориентационной работы в условиях школы в целях оптимального формирования профессиональных интересов, склонностей и намерений для последующего решения вопросов профподбора. Предварительно рекомендованы возможные виды будущих профессий и указаны противопоказанные условия труда (значительные постоянные или эпизодические физические нагрузки, вынужденная рабочая поза, постоянные наклоны туловища, вибрация, напряжение зрения — размер менее 0,5 мм).

Наиболее полное представление о реальных и потенциальных возможностях ребенка дает оценка реабилитационного потенциала. Реабилитационный потенциал — это интегральный показатель, отражающий совокупность имеющихся у ребенка психологических, физиологических и физических задатков, которые позволяют при соответствующих условиях восстановить, уменьшить или компенсировать нарушенные сферы жизнедеятельности. Уровень реабилитационного потенциала зависит от возраста ребенка, особенностей протекания патологического процесса, степени выраженности и характера нарушений, возможностей их компенсации.

Критерии оценки реабилитационного потенциала у детей приведены в Приложении 6. Количественная оценка уровня реабилитационного потенциала осуществляется путем арифметического сложения баллов. Показатель реабилитационного потенциала, не превышающий 14 баллов, соответствует низкому его уровню. Если показатель находится в пределах от 15 до 31 баллов, это соответствует среднему реабилитационному потенциалу, а выше 31 балла — высокому реабилитационному потенциалу.

На амбулаторный этап реабилитации рекомендуется отбирать детей, имеющих высокий и средний реабилитационный потенциал. Дети с низким реабилитационным потенциалом, как правило, нуждаются в специализированных реабилитационных центрах и стационарах.

Окончательную оценку состояния ребенка в соответствии с Международной классификацией нарушений определяет педиатр-реабилитолог (эксперт).

Следующим шагом является составление программы комплексных реабилитационных мероприятий. Этот раздел называется «Потребность в мерах реабилитации». Он включает подразделы медицинской, психологической, физической и социальной реабилитации.

Врачом-реабилитологом определяется приоритетность и направленность реабилитационных воздействий, определяется объем помощи и составляется план реализации. При подборе методов на этом этапе важно соблюдение принципа онтогенетической последовательности формирования функций у ребенка.

В частности, при составлении программы коррекционно-восстановительных мероприятий и подборе кинезотерапевтических методик у детей с последствиями ДЦП необходимо как можно точнее знать моторный возраст ребенка, который, как правило, у этой категории детей значительно отстает от календарного возраста.

В приложении 7 представлены три варианта коррекционно-восстановительных мероприятий, которые можно использовать у детей-инвалидов с различными формами двигательных нарушений (спастической, гипотонической и гиперкинетической).

При необходимости в программу включаются мероприятия реконструктивной хирургии, протезирования.

С целью коррекции внимания, памяти, мышления могут быть использованы методы, изложенные в Приложении 8.

Для совершенствования высших психических функций можно использовать современные игровые методики, в том числе в компьютерном варианте, с индивидуальным подбором времени и объема тренировочных занятий. При проведении коррекционных занятий можно применять как индивидуальные, так и групповые формы работы, а также стимулировать самостоятельные занятия детей в домашних условиях, на отдыхе с активным привлечением родителей, родственников. Составляя программу развивающих занятий, психолог должен учитывать возрастной аспект, использовать сенситивные периоды для оптимального развития тех или иных функций, индивидуально дозировать время и объем нагрузки.

Социальные мероприятия включают услуги социальной помощи, облегчающие адаптацию в бытовой и социальной среде: обеспечение вспомогательными бытовыми техническими средствами; предоставление вспомогательных или автономных средств передвижения; обучение пользованием предоставляемыми техническими средствами; предоставление услуг территориальных центров социального обслуживания; консультативно-информационная, правовая, социальная помощь и т.д.

Реабилитационно-абилитационная программа должна включать в себя целенаправленное развитие у ребенка биологических задатков способностей к трудовой деятельности, целенаправленное формирование профессиональных интересов и склонностей.

Для подростков, достигших 14 лет, должно проводиться обязательное медико-профессиональное консультирование и профподбор с учетом основного и сопутствующих заболеваний, уровня развития профессионально значимых функций, интересов и склонностей ребенка. Подходы к определению профессиональной пригодности и профподбора с указанием перечня доступных профессий, условий труда и форм трудового устройства изложены нами в методическом пособии «Формирование профессиональной пригодности и критерии выбора профессии для учащихся спецшкол с дефектами физического развития» (Минск, 1993 г., с. 68).

Одним из важных аспектов программы является формирование у ребенка адекватного отношения к жизни, воспитание устойчивых социальных и трудовых установок.

После проведения назначенного курса абилитационно-реабилитационных мероприятий необходимо провести оценку эффективности по качественным и количественным критериям. Критерии оценки эффективности реабилитационных мероприятий и порядок подсчета коэффициента представлен в Приложении 9. Показатель эффективности позволяет оценить насколько хорошо «работает» выбранная программа.

Пример: больная Ефимова Л., 13 лет, диагноз: детский церебральный паралич: гемипаретическая форма с умеренным правосторонним гемипарезом и легкой интеллектуальной недостаточностью.

В ходе обследования выявлены следующие данные:

- физическое развитие среднее, умеренно дисгармоничное;
- неврологическое обследование выявило умеренные двигательные нарушения (правосторонний гемипарез).

Сопутствующие заболевания: миопия средней степени; дискинезия желчевыводящих путей по смешанному типу.

Психолого-педагогическое исследование указало на снижение интеллекта, умеренные нарушения оперативной памяти и внимания, склонность мышления к конкретизации.

Данные психофизиологического исследования показали наличие умеренной степени патологического сдвига функционального состояния ЦНС (II ст.). Динамический стереотип формировался с затруднениями. Логическое мышление ниже возрастной нормы. Показатели кратковременной невербальной памяти снижены.

В двигательной сфере на низком уровне развития были показатели мышечно-суставной чувствительности и силы мышц кисти.

Совокупность имеющихся нарушений определила степень выраженности ограничений жизнедеятельности по основным критериям: передвижение, общение, ориентация, самообслуживание, обучение, которые были классифицированы в зависимости от функциональных классов (ФК) нарушений:

- передвижение ФК1,
- самообслуживание ФК1,
- ориентация ФК1,
- обучение ФК2,
- общение ФК1.

Реабилитационный потенциал — средний.

Затем был определен объем, последовательность и виды реабилитационной помощи.

Рекомендовано:

Проведение медикаментозно-физиотерапевтического курсового лечения 3–4 раза в год курсами 1,5–2 месяца, направленного на стимуляцию обменных процессов головного мозга, нервно-мышечной проводимости, улучшение мозгового и периферического кровообращения (с назначением конкретного перечня и дозировок соответствующих препаратов).

Препараты, стимулирующие обменные процессы сетчатки и направленные на профилактику усугублений нарушений функции органа зрения.

Лечебная гимнастика для развития силы мышц и профилактики контрактур в правых конечностях.

Психолого-педагогические меры коррекции:

Групповые занятия с элементами поведенческой коррекции.

Индивидуальные занятия, направленные на тренировку и развитие когнитивных функций ВНД.

Проведение занятий по формированию профнамерений, конкретизации интересов и склонностей относительно будущей профессии.

Социальные меры:

Рекомендовано решение экспертных вопросов о продлении срока инвалидности и пенсионирования как ребенка-инвалида.

Даны профрекомендации относительно профиля трудового обучения и возможных в будущем профессий, указаны противопоказанные условия труда.

Было рекомендовано после окончания средней школы обучение профессиям ручного и механизированного видов труда с исключением работ особо высокой точности, а также сопряженных с необходимостью принятия быстрых самостоятельных решений, с повышенными физическими и нервно-психическими нагрузками.

Длительность наблюдения на амбулаторном этапе реабилитации составила 4 месяца. После проведения комплекса рекомендованных мер было осуществлено повторное обследование больной с оценкой эффективности реабилитации по всем показателям и рассчитан коэффициент эффективности проведенного на данном этапе комплекса реабилитации. Так, сумма баллов по всем показателям до реабилитации составила 26, после проведенного комплекса — 30, коэффициент эффективности составил 1,15, что соответствует критерию «незначительное улучшение». Причем, этот результат в основном был достигнут за счет улучшения показателей ВНД, мелкой моторики и адаптации ребенка.

### **Особенности оформления индивидуальной программы абилитации (реабилитации) ребенка-инвалида вследствие глазной патологии**

Индивидуальная программа абилитации (реабилитации) (Приложение 1Б) ребенка вследствие патологии органа зрения первоначально должна быть оформлена врачом-реабилитологом по представлению офтальмолога соответствующей детской поликлиники. Индивидуальную программу коррекционно-восстановительных мероприятий для детей, обучающихся в спецшколах для детей с нарушениями зрения, необходимо составлять и контролировать врачу-офтальмологу спецшколы, а сама карта выдается ребенку при зачислении в школу врачом-реабилитологом детской поликлиники.

В разделе «Экспертная диагностика» индивидуальной программы абилитации ребенка «Оценка функционального состояния органа зрения» предусматривает получение и регистрацию основных сведений о состоянии зрительных функций, прежде всего центрального зрения вдаль с коррекцией, что выполняет врач-офтальмолог.

Экспертная диагностика как раздел индивидуальной программы абилитации включает в себя сведения о клинико-функциональном диагнозе основного, т.е. глазного, и сопутствующих заболеваний. При этом клинико-функциональный диагноз должен содержать не только нозологическую характеристику основного, сопутствующего заболевания и их осложнений, но и оценку степени функциональных нарушений.

Экспертное заключение индивидуальной программы абилитации должно предусматривать оценку нарушения по ФК.

При снижении зрительных функций у абилитируемых среди основных критериев жизнедеятельности преимущественно нарушается ориентация в пространстве в разной степени, ограничения которой отмечаются в соответствии с ФК1–4. Существенные ограничения самообслуживания, передвижения и способности к обучению возникают в случаях значительного снижения зрения (ФК3–4).

У детей с инвалидизирующей и выраженной глазной патологией определяющими в оценке реабилитационного потенциала являются характер и степень тяжести заболевания органа зрения, состояние зрительных функций и клинико-функциональный прогноз. У самых маленьких детей (до 4-летнего возраста) определение зрительных функций инструментальными методами исследования в поликлинических условиях затруднено, поэтому в таких случаях следует основываться на клиническом статусе.

Оценка реабилитационного потенциала детей офтальмологического профиля школьного возраста проводится на основе комплекса показателей (Приложение 6), которые базируются на результатах обследования детей-инвалидов офтальмологом, педиатром, невропатологом, психологом и другими специалистами. Средний и высокий реабилитационный потенциал (соответственно 15–30 и более 31 балла) указывают на целесообразность проведения амбулаторного этапа медицинской реабилитации, а низкий реабилитационный потенциал (14 и менее баллов) — в специализированных центрах и стационарах.

Раздел индивидуальной программы реабилитации ребенка «Потребность в мерах реабилитации» подразделяется на медицинские, психолого-педагогические, физические и социальные реабилитационные мероприятия, которые назначаются врачом-офтальмологом и врачом-реабилитологом (в случае необходимости при участии врачей других специальностей детских поликлиник) или врачами медицинской службы спецшкол для детей с нарушениями зрения при согласовании назначений с врачом-реабилитологом детской поликлиники ( Приложения 11,12 ).

Реализация медицинских реабилитационных мероприятий возможна как в условиях детских поликлиник, так и в спецшколах при наличии в последних медицинских служб с должным оснащением и медикаментозным обеспечением. Несомненно, медицинские реабилитационные мероприятия должны быть комплексными с использованием медикаментов, плеопто-ортоптических и физиотерапевтических методов лечения в целях достижения максимально возможной эффективности реабилитации детей с патологией органа зрения.

Другие разделы индивидуальной программы реабилитации ребенка заполняются соответствующими специалистами.

Все основные реабилитационно-абилитационные мероприятия и их реализация регистрируются в индивидуальных программах с указанием видов, сроков, объемов этих мероприятий.

Психолого-педагогический аспект реабилитации предусматривает проведение специальных мероприятий (коррекционно-развивающего, психологического, логопедического характера), которые должны быть отражены в программе.

Раздел «Социальная реабилитация» предусматривает формирование прикладной программы с предоставлением конкретных видов и форм социальной помощи и услуг, которые дают возможность реабилитанту адаптироваться к социальной среде, что заслуживает особого внимания при реализации индивидуальной программы абилитации (реабилитации) ребенка.

В приложении 10, 11, 12 приведены варианты оказания реабилитационных услуг детям-инвалидам с различной глазной патологией дошкольного и школьного возрастов в условиях детской поликлиники, дошкольных и школьных учебных заведений, описан алгоритм организации и проведения медицинской реабилитации.

## ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА АБИЛИТАЦИИ (РЕАБИЛИТАЦИИ) РЕБЕНКА

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
2. Дата рождения: \_\_\_\_\_ 3. Пол: \_\_\_\_\_  
4. Домашний адрес: \_\_\_\_\_  
5. Сведения о посещении дошкольно-школьных учреждений: \_\_\_\_\_  
6. Поликлиника № \_\_\_\_\_

### I. ЭКСПЕРТНАЯ ДИАГНОСТИКА.

#### 1. Медицинская

- 1.1. Оценка физического развития: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
1.2. Оценка биологической зрелости: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
1.3. Оценка функционального состояния: \_\_\_\_\_  
сердечно-сосудистой системы: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
1.4. дыхательной системы: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
1.5. Состояние нервной системы: \_\_\_\_\_  
1.6. Состояние ЛОР-органов: \_\_\_\_\_  
1.7. Состояние органа зрения: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
1.8. Клинико-функциональный диагноз:  
Основной: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Сопутствующий: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **2. Клинико-психологическая**

2.1. Запас общих представлений: \_\_\_\_\_

2.2. Речь: \_\_\_\_\_

2.3. Внимание: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.4. Память: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.5. Мышление: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.6. Интеллект: \_\_\_\_\_

2.7. Эмоционально-волевая сфера: \_\_\_\_\_

2.8. Особенности поведения: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Заключение: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1. См. Приложение 1а.

2. См. Приложение 1б.

## **3. Психофизиологическая оценка уровня развития биологических задатков к труду**

3.1. Функции высшей нервной деятельности: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Заключение: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.2. Двигательные качества: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Моторный возраст: \_\_\_\_\_

Заключение: \_\_\_\_\_

3.3. Функции зрительного анализатора: \_\_\_\_\_

зрительная работоспособность:

мышечный компонент: объем аккомодации

правого глаза — \_\_\_\_\_ диоптрий

левого глаза — \_\_\_\_\_ диоптрий

резерв аккомодации

правого глаза — \_\_\_\_\_ диоптрий

ближайшая точка ясного зрения

правого глаза — \_\_\_\_\_ см,

левого глаза — \_\_\_\_\_ см,

время максимальной аккомодации

правого глаза — \_\_\_\_\_ сек,

левого глаза — \_\_\_\_\_ сек,

ближайшая точка конвергенции

правого глаза — \_\_\_\_\_ см,

левого глаза — \_\_\_\_\_ см

ретинальный компонент: \_\_\_\_\_

Центральный (корковый) компонент \_\_\_\_\_

критическая частота световых мельканий (КЧСМ): \_\_\_\_\_

точность глазомера: \_\_\_\_\_

Заключение: \_\_\_\_\_

Функции слухового анализатора:

восприятие разговорной речи: \_\_\_\_\_

восприятие шепотной речи: \_\_\_\_\_

Тональная аудиометрия

средняя потеря слуха: \_\_\_\_\_

Состояние вестибулярного анализатора<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Заключение: \_\_\_\_\_

**4. Экспертное заключение. Оценка степени нарушения и ограничения жизнедеятельности**

4.1. Функциональный класс: \_\_\_\_\_

4.2. Уровень ограничения жизнедеятельности: \_\_\_\_\_

4.2.1. Самообслуживание: \_\_\_\_\_

4.2.2. Передвижение: \_\_\_\_\_

4.2.3. Ориентация в пространстве: \_\_\_\_\_

4.2.4. Способность к общению: \_\_\_\_\_

4.2.5. Способность к контролю за поведением: \_\_\_\_\_

4.2.6. Способность к обучению: \_\_\_\_\_

**5. Оценка реабилитационного потенциала: \_\_\_\_\_**

## II. ПОТРЕБНОСТЬ В МЕРАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

### 1. Медицинских

Наименование услуг	Цель назначения	Исполнители	Кем назначено	Оценка эффективности

### 2. Психолого-педагогическая

Наименование услуг	Цель назначения	Исполнители	Кем назначено	Оценка эффективности

### 3. Физическая

Наименование услуг	Цель назначения	Исполнители	Кем назначено	Оценка эффективности

### 4. Социальная

Наименование услуг	Цель назначения	Исполнители	Кем назначено	Оценка эффективности

### **III. ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ**

---

---

---

---

## СХЕМА ОПИСАНИЯ СОСТОЯНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ РЕБЕНКА С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Неврологический статус: \_\_\_\_\_

1. Черепно-мозговые нервы: \_\_\_\_\_

2. Двигательная сфера:

– тонус мышц \_\_\_\_\_

– сила мышц \_\_\_\_\_

– наличие атрофий \_\_\_\_\_

– объем произвольных движений  
рук \_\_\_\_\_

ног (способность к передвижению) \_\_\_\_\_

– наличие контрактур \_\_\_\_\_

– координация движений \_\_\_\_\_

– точность движений \_\_\_\_\_

– наличие насильственных движений \_\_\_\_\_

3. Состояние рефлекторной сферы \_\_\_\_\_

4. Чувствительность:

тактильная \_\_\_\_\_

мышечно-суставная \_\_\_\_\_

болевая \_\_\_\_\_

температурная \_\_\_\_\_

обоняние \_\_\_\_\_

5. Вегетативная нервная система: \_\_\_\_\_

6. Судорожный синдром \_\_\_\_\_

## СХЕМА ОПИСАНИЯ СОСТОЯНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У РЕБЕНКА С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

1. Исследование зрительных функций \_\_\_\_\_
  - 1.1. Острота зрения вдаль, с коррекцией \_\_\_\_\_
  - 1.2. Острота зрения вблизи, с коррекцией \_\_\_\_\_
  - 1.3. Периферические границы полей зрения \_\_\_\_\_
  - 1.4. Бинокулярное зрение \_\_\_\_\_
  - 1.5. Цветовое зрение \_\_\_\_\_
  - 1.6. Сумеречное зрение \_\_\_\_\_
2. Клиническое обследование органа зрения \_\_\_\_\_
  - 2.1. Состояние придаточных отделов органа зрения \_\_\_\_\_
  - 2.2. Состояние мышечного аппарата глазного яблока \_\_\_\_\_
  - 2.3. Состояние переднего отдела глаз (биомикроскопия) \_\_\_\_\_
  - 2.4. Состояние глазного дна \_\_\_\_\_
3. Дополнительные методы исследования органа зрения \_\_\_\_\_
  - 3.1. Рефрактометрия \_\_\_\_\_
  - 3.2. Тонометрия \_\_\_\_\_
  - 3.3. Критическая частота слияния мельканий (КЧСМ) \_\_\_\_\_
4. Клинико-функциональный прогноз глазной патологии \_\_\_\_\_
5. Клинико-функциональный диагноз \_\_\_\_\_
6. Функциональный класс (ФК) зрительных нарушений \_\_\_\_\_

## ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗРЕЛОСТИ РЕБЕНКА

### Критерии оценки биологической зрелости

1. Степень биологической зрелости (в баллах):

- а) у дошкольников и младших школьников по количеству постоянных зубов;
- б) у средних и старших школьников — по вторичным половым признакам.

### Оценка физического развития по данным темпа роста и полового созревания

#### *Буквенные обозначения:*

А — ускоренный (акселераты)

М — средний

Р — замедленный (ретардаты)

1-я буква — оценка темпа роста

2-я буква — оценка полового развития

1-тип - АА — рост ускорен, половое созревание ускорено

2-тип - АМ — рост ускорен, темп полового созревания средний

3-тип - АР — рост ускорен, темп полового созревания замедлен

4-тип - МА — рост средний, половое созревание ускорено

5-тип - МР — рост средний, половое созревание замедлено

6-тип - РА — рост замедлен, половое созревание ускорен

7-тип - РМ — рост замедлен, половое созревание среднее

8-тип - РР — рост и половое созревание замедлены.

*Оценочная таблица индивидуального темпа  
полового созревания*

Темп полового созревания, стадии	Возраст девочек в годах			Возраст мальчиков в го- дах		
	1	2	3	1	2	3
1. Ускоренный	8–9	10–12	13–14	10–11	12–13	14–16
2. Средний	10–12	13–14	15–16	12–13	14–16	17–18
3. Поздний	13–14	15–16	17–18	14–16	17–18	19

Степени: 0 степень — 0 баллов

I степень — 1–2 балла

II степень — 3–4 балла

III степень — 5–6 баллов

## Балльная значимость признаков полового созревания

### Для мальчиков:

1.  $P$  — оволосенение лобка;  
 $P_0$  — отсутствие оволосения;  
 $P_1$  — единичные волосы;  
 $P_2$  — редкие волосы, расположенные на центральном участке лобка;  
 $P_3$  — густые, прямые волосы, неравномерно расположенные на поверхности лобка, без четких ровных границ;  
 $P_4$  — густые, вьющиеся волосы, равномерно расположенные по всей поверхности лобка с четкой горизонтальной границей;  
 $P_5$  — густые, вьющиеся волосы, распространяющиеся на внутреннюю поверхность бедер и в направлении к пупку (мужской тип оволосения).
2.  $A_x$  — оволосение подмышечных впадин;  
 $A_{x0}$  — отсутствие оволосения;  
 $A_{x1}$  — единичные волосы, расположенные на небольшом центральном участке подмышечной впадины;  
 $A_{x2}$  — густые, прямые волосы, расположенные по всей поверхности подмышечной впадины;  
 $A_{x3}$  — густые вьющиеся волосы.

### Для девочек:

1.  $P_0$  — отсутствие волос;  
 $P_1$  — единичные волосы;  
 $P_2$  — волосы на центральном участке лобка, более густые, длинные;

- $P_3$  — волосы густые, длинные, вьющиеся, на всем участке лобка.
2.  $A_x$  — оволосение подмышечных впадин;  
 $A_{x0}$  — отсутствие волос;  
 $A_{x1}$  — единичные волосы;  
 $A_{x2}$  — волосы редкие, вьющиеся, длинные на всей подмышечной области.
3.  $M_a$  — развитие молочной железы;  
 $M_{a0}$  — железы не выдаются;  
 $M_{a1}$  — железа несколько выдается, околососковый кружок вместе с соском образует конус;  
 $M_{a2}$  — железа значительно выдается, вместе с соском и околососковым кружком образуется конус;  
 $M_{a3}$  — железы значительно выдаются, сосок поднимается на околососковом кружке, тело железы округлой формы.
- $M_e$  — менструальная функция;  
 $M_{e0}$  — отсутствие менструаций;  
 $M_{e1}$  — менархе в момент обследования;  
 $M_{e2}$  — неустойчивый менструальный цикл;  
 $M_{e3}$  — регулярные менструации в течение года.

## КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ

1. Время задержки дыхания (пробы Штанге и Генча).
2. Ортостатическая проба.
3. Нагрузочная проба (20 приседаний или 30 подскоков за 30 сек.)
4. Двойное произведение  $\frac{(ЧСС \times АД_{сис.})}{100}$
5. Общая работоспособность (с помощью степ-теста, велоэргометрии, шагометрии).

## Критерии оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы

### 3.1. Показатели артериального давления у детей и подростков (7–17 лет)

Пол	Возраст	Статистические показатели	Систолическое АД	Диастолическое АД
1	2	3	4	5
Мальчики	7	колебания	85–102	46–62
		м	96,89	55,22
		$\sigma$	7,79	8,3
Девочки	7	колебания	84–100	46–63
		м	94,78	55,02
		$\sigma$	9,03	4,9
Мальчики	8	колебания	88–105	48–66
		м	97,96	55,88
		$\sigma$	7,25	4,61
Девочки	8	колебания	86–104	50–66
		м	96,74	56,88
		$\sigma$	12,47	5,53
Мальчики	9	колебания	88–110	48–66
		м	99,06	58,37
		$\sigma$	7,1	4,44
Девочки	9	колебания	88–108	50–68
		м	99,84	57,5
		$\sigma$	10,8	5,2
Мальчики	10	колебания	88–112	50–68
		м	100,6	60,8
		$\sigma$	8,44	5,43
Девочки	10	колебания	88–112	50–68
		м	102,7	60,5
		$\sigma$	8,4	5,67

1	2	3	4	5
Мальчики	11	колебания	92–114	50–68
		м	102,79	61,7
		σ	7,43	5,6
Девочки	11	колебания	96–114	52–68
		м	105,76	61,5
		σ	8,6	6,2
Мальчики	12	колебания	96–115	52–68
		м	104,78	62,25
		σ	7,72	5,45
Девочки	12	колебания	98–116	52–70
		м	106,9	62,6
		σ	8,5	6,4
Мальчики	13	колебания	95–120	52–70
		м	106,94	63,9
		σ	9,1	6,3
Девочки	13	колебания	98–126	52–70
		м	109,8	63,67
		σ	8,9	6,34
Мальчики	14	колебания	96–126	55–72
		м	111,67	64,86
		σ	8,5	6,9
Девочки	14	колебания	98–128	54–74
		м	110,9	64,18
		σ	7,7	6,24
Мальчики	15	колебания	100–128	58–74
		м	114,49	65,88
		σ	9,5	6,8
Девочки	15	колебания	100–126	56–74
		м	113,5	65,7
		σ	7,6	6,04

1	2	3	4	5
Мальчики	16	колебания	102–130	60–76
		м	117,68	70,05
		$\sigma$	8,9	7,6
Девочки	16	колебания	102–128	58–75
		м	115,8	68,18
		$\sigma$	5,7	6,6
Мальчики	17	колебания	104–136	62–78
		м	120,66	70,77
		$\sigma$	9,3	6,8
Девочки	17	колебания	102–134	62–76
		м	117	70,35
		$\sigma$	5,9	5,8

## 3.2. Оценка функционального состояния кардиореспираторной системы

### *Оценочные показатели пробы Штанге и Генча*

Возраст, лет	Мальчики		Девочки	
	Проба Штанге (с)	Проба Генча (С)	Проба Штанге	Проба Генча
5	24	12	22	12
6	30	14	26	14
7	36	14	30	15
8	40	18	36	17
9	44	19	40	18
10	50	22	50	21
11	51	24	44	20
12	60	22	48	22
13	61	24	50	19
14	64	25	54	24
15	68	27	60	26
16	71	29	64	28

### 3.3. Оценка результатов ортостатической пробы

Учащение пульса за 1 мин менее 16 — хороший результат, от 10 до 20 — средний, более 20 — результат ниже среднего.

#### **Оценка результатов пробы с 20 приседаниями за 30 секунд**

Время восстановления пульса к исходному уровню: менее 3 мин — хороший результат, от 3 до 4 мин — средний, более 4 мин — ниже среднего результат.

### 3.4. «Двойное произведение» в покое

$$\frac{(ЧСС \times АД_{сис.})}{100}$$

Возраст, лет	Выше средне-го	Среднее	Ниже среднего
3	85	100	116
5	85	100	115
6	81	95	105
7	80	92	100
8	76	89	98
9	73	86	95
10	70	88	100
11	70	86	98
12	77	86	99
13	73	85	90
14	74	86	91
15	75	87	93
16	76	88	94
17	75	86	90

### **3.5. Физическая работоспособность детей (кгм/мин) по РС 150–170 методом велоэргометрии или степ-теста**

<b>Возраст, лет</b>	<b>Мальчики</b>	<b>Девочки</b>
5	195	150
6	200	175
7	250	210
8	300	240
9	370	310
10	420	340
11	495	360
12	550	420
13	650	450
14	730	440
15	740	444
16	850	450
17	890	470

### 3.6. Показатели функции внешнего дыхания у детей разного возраста

Возраст, лет	Пол	ФЖЕЛ
7	мальчики	1,05
	девочки	1,08
8	мальчики	1,34
	девочки	1,30
9	мальчики	1,60
	девочки	1,50
10	мальчики	1,76
	девочки	1,60
11	мальчики	1,90
	девочки	1,68
12	мальчики	2,14
	девочки	1,88
13	мальчики	2,25
	девочки	1,90
14	мальчики	2,70
	девочки	1,94
15	мальчики	3,40
	девочки	1,96
16	мальчики	3,60
	девочки	2,19
17	мальчики	3,60
	девочки	2,36

### 3.7. Критерии оценки функционального состояния ЦНС для детей разных возрастных групп

#### *Возраст 6–7 лет*

Критериальные показатели	Высокий уровень нормы	Средний уровень нормы	Низкий уровень нормы
ФУС	3,9–5,5	2,9–3,9	2,0–2,9
УР	0,5–1,5	-0,6–0,5	-1,1–0,6
УФВ	2,5–4,4	0,8–2,5	-2,0–0,8

#### *Возраст 8–11 лет*

Критериальные показатели	Высокий уровень нормы	Средний уровень нормы	Низкий уровень нормы
ФУС	4,9–5,5	4,5–4,9	4,2–4,5
УР	0,8–1,8	-0,3–0,8	-0,9–0,3
УФВ	3,8–4,8	3,1–3,8	2,7–3,1

#### *Возраст старше 12 лет*

Критериальные показатели	Высокий уровень нормы	Средний уровень нормы	Низкий уровень нормы
ФУС	4,9–5,5	4,5–4,9	4,2–4,5
УР	2,0–2,8	1,5–2,0	1,0–1,5
УФВ	3,8–4,8	3,1–3,8	2,7–3,1

Критериальные показатели	Степень сдвига при патологии			
	I	II	III	IV
ФУС	3,8–4,2	2,9–3,8	1,0–2,9	< 1,0
УР	0,–51,0	-0,7–0,5	-3,3–0,7	<-3,3
УФВ	2,0–2,7	0,4–2,0	-2,7–0,4	<-2,7

ФУС — функциональный уровень системы; УР — устойчивость реакции; УФВ — уровень функциональных возможностей

## КАРТА-ТЕСТ ДЛЯ ОЦЕНКИ УРОВНЯ МОТОРНОЙ ЗРЕЛОСТИ ПО ДВИГАТЕЛЬНЫМ УМЕНИЯМ РЕБЕНКА

Возраст	Этапы моторного развития	Навыки			
		Голова	Верхняя конечность	Туловище	Нижняя конечность
1	2	3	4	5	6
1–6 мес.	I этап. Формирование контроля над положением головы и свободной ее ориентации в пространстве	Может, лежа на животе, удерживать голову	Может захватывать самостоятельно предмет рукой. Умеет удерживать вложенный в руку предмет	Может повернуться из лежачего положения на спине на живот	
7–12 мес.	II этап. Вставание и удержание позы стоя. Ползание	Может, сохраняя туловище в вертикальном положении, свободно поворачивать голову во все стороны	Может захватывать предметы с участием большого, указательного пальцев. Может выбрасывать предметы, разжимая кисть.  Умеет перекладывать предметы из одной руки в другую. Умеет при еде пользоваться ложкой, применяя широкий захват	Может поворачивать туловище в сидячем положении. Может самостоятельно сидеть, удерживая равновесие	Может стоять на четырех конечностях. Может стоять на коленях с опорой, затем без опоры. Может стоять на ногах без опоры. Умеет ползать

Продолжение таблицы

1	2	3	4	5	6
1 год 1 мес. – 1 год 6 мес.	III этап. Самостоятельная ходьба		Умеет самостоятельно переворачивать страницы книги. Может самостоятельно раздеваться. Может удерживать чашку за ручку	Может, держась за колени, выпрямлять туловище. Может самостоятельно слезть с дивана, стула и т.д.	Может самостоятельно ходить, широко расставляя ноги. Может, сохраняя равновесие, стоять на пятках без поддержки
1 год 7 мес. – 2 года	IV этап. Совершенствование ходьбы		Может поворачивать ручку двери. Умеет складывать башню из 3–4-х кубиков. Умеет копировать вертикальные линии	Может вставать без поддержки из положений на животе и на спине	Может самостоятельно ходить, осуществляя перекат с пятки на носок. Может подниматься по лестнице приставным шагом
2 года 1 мес. – 3 года	V этап. Совершенствование тонких движений кисти		Умеет строить башню из 6–7 кубиков. Умеет расстегивать большие пуговицы. Может застегнуть «молнию» на одежде	Может переносить вес тела с одной ноги на другую, не падая	Может подниматься по лестнице без поддержки. Может самостоятельно спускаться по лестнице приставным шагом. Может стоять на одной ноге с поддержкой. Умеет самостоятельно кататься на трехколесном велосипеде

1	2	3	4	5	6
3 года 1 мес.	VI этап. Совершенствование равновесия, координации движений		Умеет расстегивать пуговицы любой величины. Может застегнуть большие пуговицы. Умеет складывать лист бумаги по вертикали	Может сохранять равновесие, бросив перед собой мяч	Может подпрыгивать на обеих ногах. Может спрыгнуть со сдвинутыми ногами со ступеньки высотой в 15–20 см
5 лет			Умеет срисовывать по образцу простые фигуры (круг, квадрат, ромб). Может совершать согласованные движения (одновременно описывать указательными пальцами в воздухе круги: правой рукой по часовой стрелке, левой — в обратном направлении)	Может сохранять равновесие, располагая стопы по прямой линии	Может подпрыгивать на одной ноге. Может спускаться по лестнице, меняя ноги
5 лет 1 мес. – 7 лет	VII этап. Совершенствование ручной координации, формирование способности дифференцирования мышечных усилий и точности движений		Может вырезать ножницами нарисованную фигуру. Может совершать двуручные движения, манипулируя мелкими предметами (одновременно укладывать в коробку спички, мелкие пуговицы и т.д., беря их большим и указательным пальцем)	Может сохранять равновесие, стоя на пальцах ног	Может прыгать на одной ноге на расстоянии 5 метров. Может прыгать через перекладину в 20 см. Может прыгнуть в длину с места на расстояние 90–100 см
6 лет 1 мес. – 7 лет			Может воспроизвести форму и размер букв и цифр. Умеет ловить кистями рук брошенный вверх мяч диаметром 6–8 см. Может попасть в цель мячом (8 см. в диаметре) на расстоянии 1 м 50 см	Может стоять попеременно на одной и другой ноге 10 сек., сохраняя равновесие	Может, прыгая с места, достать предмет, расположенный выше вытянутой руки на расстоянии 20–25 см. Умеет прыгать в длину с места на расстоянии 100–110 см

## МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОЦЕНКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ КАЧЕСТВ

Для исследования профессионально значимых функций двигательной системы, таких как произвольная сила мышц рук, статическая выносливость рук, способность дифференцирования малых мышечных усилий используется метод динамометрии.

Кистевая сила мышц измеряется при помощи кистевого динамометра (в кг), при этом учитывается средний результат из 3-х замеров.

### *Нормативные показатели для оценки кистевой мышечной силы у детей 3–15 лет*

Возраст лет	Динамометрия, кг	
	Мальчики М ± м	Девочки М ± м
3	5,40 ± 0,22	5,39 ± 0,27
4	6,89 ± 0,16	5,96 ± 0,42
5	8,74 ± 0,35	7,66 ± 0,33
6	11,30 ± 0,26	10,23 ± 0,47
7	13,10 ± 0,30	10,93 ± 0,35
8	13,90 ± 2,76	11,00 ± 3,14
9	16,10 ± 2,68	13,60 ± 3,13
10	18,30 ± 4,50	14,90 ± 3,09
11	19,83 ± 3,52	17,53 ± 2,97
12	22,67 ± 4,22	20,31 ± 4,17
13	24,89 ± 7,19	22,54 ± 3,93
14	28,81 ± 10,16	26,90 ± 5,21
15	36,02 ± 12,15	27,18 ± 3,67

Статическая выносливость рук определяется по длительности (в секундах) удержания усилия на уровне 50% от его максимального значения или продолжительности вися (у детей 3–7 лет).

*Нормативные показатели для оценки статической выносливости рук по длительности удержания усилия на уровне 50% от его максимального значения у детей 8–15 лет*

Возраст (лет)	Длительность удержания усилия на уровне 50% от его максимального значения (в сек.)	
	Мальчики М ± м	Девочки М ± м
8	12,32 ± 2,89	11,35 ± 2,69
9	13,25 ± 3,54	11,24 ± 2,74
10	14,53 ± 3,91	12,47 ± 2,93
11	16,00 ± 3,72	14,43 ± 3,89
12	15,25 ± 4,19	13,97 ± 4,45
13	27,19 ± 5,15	18,64 ± 6,56
14	36,79 ± 6,14	24,99 ± 5,87
15	39,55 ± 6,79	31,11 ± 7,33

*Нормативные показатели статической выносливости рук по продолжительности вися у детей 3–7 лет\**

Возраст (лет)	Продолжительность вися, сек	
	Мальчики М ± м	Девочки М ± м
3	20,13 ± 1,67	14,63 ± 1,67
4	22,48 ± 1,23	16,83 ± 1,67
5	26,24 ± 2,51	22,88 ± 2,26
6	31,23 ± 3,16	25,46 ± 3,48
7	38,04 ± 4,04	29,21 ± 3,99

\* выполнение данных тестов противопоказано для больных глаукомой

Оценка способности дифференцировать малые мышечные усилия строится на основании расчета средней ошибки воспроизведения заданного усилия, равного 25% от максимального, (после 3-х тренировочных замеров) без зрительного контроля. Допущенная ошибка определяется в процентах.

Точность дифференцирования мышечных усилий при ошибке до 40% оценивается как «выше среднего», при ошибке от 40% до 80% — «средняя», при ошибке свыше 80% — «ниже среднего».

## КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА РЕБЕНКА

### 1. Показатели реабилитационного потенциала организма ребенка

		Баллы
1. Степень выраженности дефекта с учетом возможности компенсации	легкая	3
	умеренная	2
	выраженная	1
2. Характер течения основного заболевания	регрессирующий	3
	стационарный	2
	прогрессирующий	1
3. Наличие и характер течения сопутствующих хронических заболеваний	отсутствие	3
	регрессирующий	2
	стационарный	1
4. Физическое развитие	прогрессирующий	0
	среднее	2
	ниже среднего	1
и гармоничность	выше среднего	1
	гармоничное	2
	дисгармоничное	1
5. Биологическая зрелость	соответствует возрасту	3
	отстает (опережает) на 1–2 года	2
	отстает (опережает) более, чем на 2 года	1
6. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы	хорошее	3
	среднее	2
	низкое	1
7. Функциональное состояние дыхательной системы	хорошее	3
	среднее	2
	низкое	1
8. Функциональное состояние центральной нервной системы	нормальное	3
	легкое снижение	2
	умеренное снижение	1
9. Интеллект	значительное снижение	0
	не нарушен	3
	слегка снижен	2
	умеренно снижен	1
	значительно снижен	0

10. Мышление	не нарушено	3
	легкое нарушение	2
	умеренное нарушение	1
	значительное нарушение	0
11. Эмоционально-волевые нарушения	отсутствуют	3
	легкое нарушение	2
	умеренное нарушение значительное нарушение	1
12. Речь	не нарушено	3
	легкое нарушение	2
	умеренное нарушение	1
	значительное нарушение	0
13. Моторный возраст	соответствует календарному	3
	отстает на 1–2 года	2
	отстает более, чем на 2 года	1
14. Физическая подготовленность	соответствует нормативам	3
	отстает на 1–2 года	2
	отстает более, чем на 2 года	1

### *II. Градации реабилитационного потенциала*

Высокий реабилитационный потенциал — > 31 балла.

Средний реабилитационный потенциал — 15–30 баллов

Низкий реабилитационный потенциал — до 14 баллов

### *III. Критерии отбора детей-инвалидов на амбулаторный этап*

На амбулаторный этап реабилитации подлежат дети-инвалиды, имеющие высокий и средний реабилитационный потенциал.

Дети-инвалиды, имеющие низкий реабилитационный потенциал, нуждаются в проведении медицинской реабилитации в специализированных Центрах и стационарах.

## ПРОГРАММА КОРРЕКЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ДЦП

### Вариант 1

Наименование формы	Медикаментозное лечение	Физиотерапия	Лечебная физкультура	Массаж
<p>Спаستические формы ДЦП: – гемиплегия, – спастическая диплегия, – двойная гемиплегия.</p>	<p>1. Лекарственные препараты для стимуляции развития тех структур мозга, развитие которых задержано: – ноотропы: пирацетам, аминолон, энцефабол, энербол, пантогам; – аминокислоты: метионин, глутаминовая кислота, церебролизин, префизон, когитум. 2. Лекарственные препараты для стимуляции процесса миелинизации: – пирогенал, – пропермил.</p>	<p>1. Метод динамической проприоцептивной коррекции с помощью устройства «Адели-92». 2. Тепловые релаксирующие процедуры: парафино-озокеритовые аппликации, грязелечение, прогревание видимыми или инфракрасными лучами, индуктометрия, местные и общие тепловые процедуры. 3. Гипотермия с целью релаксации. 4. Электрофорез препаратов, улучшающих метаболизм мозговой ткани: – с целью улучшения мозговой гемодинамики методики:</p>	<p>1. Лечение положением (укладки, фиксации, грузы и др. ). 2. Индивидуальные занятия (пассивные, активные). 3. Специальные методики нейромоторного обучения (Бобат, Кабат, Войта). 4. Ритмика. 5. Тренингтерапия (с использованием мяча, каната, лестницы, стульчики и др. ). 6. Групповые занятия. 7. Метод функциональной стимуляции двигательной системы с помощью биологической обратной связи (БОС) (оптимальный возраст 7–12 лет).</p>	<p>1. Общий массаж для расслабления мышц (поверхностное непрерывное поглаживание, потряхивание, валивание, катание). 2. Сегментарный массаж по зонам Захарьина — Геда (легкая вибрация, сверление). 3. Тормозная методика точечного массажа (при высокой спастичности). 4. Избирательный массаж (при небольшом повышении тонуса). 5. Линейный массаж.</p>

Продолжение таблицы

Наименование формы	Медикаментозное лечение	Физиотерапия	Лечебная физкультура	Массаж
	<p>3. Лекарственные препараты для подавления активных структур, ответственных за развитие спастичности:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– мидокалм,</li> <li>– баклофен,</li> <li>– циклодол,</li> <li>– наком,</li> <li>– тропацин,</li> <li>– мелликтин,</li> <li>– амедин.</li> </ul> <p>4. Лекарственные препараты для нормализации нервномышечной проводимости:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– витамин В12,</li> <li>– витамин В6,</li> <li>– галантомин,</li> <li>– дибазол.</li> </ul> <p>5. Лекарственные препараты для стимуляции нормальной деятельности самой мышечной ткани:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– АТФ,</li> <li>– фосфаден.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– по Вермилю,</li> <li>– глазозатылочная,</li> <li>– эндоназально.</li> </ul> <p>5. Электростимуляция мышц антогонистов с помощью синусомодулированного тока или амплипульстерапия.</p> <p>6. Электросон.</p> <p>7. Индуктотермия.</p> <p>8. Дарсонвализация, диодинамические токи.</p> <p>9. Гидротерапия.</p> <p>10. Ультрозвук (ультрофонофорез).</p> <p>11. ВЧ-терапия.</p> <p>12. Импульсный ток (электроанестезия) по методу К. А. Семеновой.</p> <p>13. Акупунктура.</p>	<p>8. Лечебная физкультура в воде (гидрокинезотерапия).</p> <p>9. Прикладные виды двигательной активности с элементами спортивной игры, спортивные игры.</p> <p>10. Ортопедические мероприятия.</p> <p>11. Эрготерапия.</p>	

## ПРОГРАММА КОРРЕКЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ДЦП

### Вариант 2

Наименование формы	Медикаментозное лечение	Физиотерапия	Лечебная физкультура	Массаж
<i>Формы с пониженным тонусом: – атонически – астатическая</i>	<p>1. Лекарственные препараты для стимуляции развития тех структур мозга, развитие которых задержано: – ноотропы, – аминокислоты.</p> <p>2. Лекарственные препараты для нормализации нервно-мышечной проводимости: – витамин В6, – дибазол.</p> <p>3. Лекарственные препараты для стимуляции нормальной деятельности самой мышечной ткани: – АТФ.</p>	<p>1. Электростимуляция ослабленных мышц синусомодулированным током или амплипульстерапия.</p> <p>2. Электрофорез антихолинэстеразных средств на конечности.</p> <p>3. Электрофорез препаратов, улучшающих метаболизм мозговой ткани: – с целью улучшения мозговой гемодинамики методики: – глазозатылочная, – по Вермилю, – эндоназально.</p> <p>4. Электростимуляция мышц антагонистов синусомодулированным током.</p> <p>5. Электросон.</p> <p>6. Дарсонвализация, диодинамические токи, ультразвук (ультрафонофорез), ВЧ-терапия.</p> <p>7. Импульсный ток (электроанестезия) по методу К.А. Семеновой.</p> <p>8. Акупунктура.</p>	<p>1. Тренирующая гимнастика: – упражнения пассивные, – упражнения с постоянной помощью, – самостоятельные, – с отягощением, – упражнения с сопротивлением регулируемым, добавочным.</p> <p>2. Механотерапия (аппаратолечение).</p> <p>3. Тренингтерапия.</p> <p>4. Эрготерапия.</p> <p>5. Прикладные виды двигательной активности с элементами спортивных игр, спортивные игры.</p> <p>6. Ритмика.</p>	<p>1. Тонизирующий массаж (все приемы).</p> <p>2. Стимулирующая методика точечного массажа.</p> <p>3. Механомассаж.</p> <p>4. Подводный, вихровой или душ-массаж.</p>

## ПРОГРАММА КОРРЕКЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ДЦП

### Вариант 3

Наименование формы	Медикаментозное лечение	Физиотерапия	Лечебная физкультура	Массаж
<i>Формы с экстрапирамидными нарушениями:</i> – гиперкинезы, – ригидность	1. Лекарственные препараты для стимуляции тех структур мозга, развитие которых задержано: – ноотропы, – аминокислоты. 2. Лекарственные препараты для стимуляции процесса миелинизации: – пирогенал, – пропермил. 3. Лекарственные препараты для подавления патологической активности структур, ответственных за развитие ригидности:	1. Тепловые процедуры (общие ванны, индуктотермия головы, ДМВ-терапия головы). 2. Электрофорез противосклеротических средств:	1. Пассивная гимнастика в теплой воде. 2. Индивидуальные занятия. 3. Мимическая гимнастика. 4. Графомоторика. 5. Групповые занятия под команду с ритмическим музыкальным сопровождением.	1. Массаж головы или (и) воротниковой области. 2. Гидромассаж.

Продолжение таблицы

Наименование формы	Медикаментозное лечение	Физиотерапия	Лечебная физкультура	Массаж
	<ul style="list-style-type: none"><li>– мидокалм,</li><li>– баклофен,</li><li>– циклодол,</li><li>– наком,</li><li>– тропацин,</li><li>– мелликтин,</li><li>– амедин.</li></ul> <p>4.Лекарственные препараты для нормализации нервномышечной проводимости:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– витамин В12,</li><li>– витамин В6,</li><li>– галантомин,</li><li>– дибазол.</li></ul> <p>5.Лекарственные препараты для стимуляции нормальной деятельности самой мышечной ткани:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– АТФ.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– эндоназально,</li><li>– глазозатылочная методика.</li></ul> <p>3. Электросон.</p> <p>4. Индуктотермия.</p> <p>5. Метод динамической проприоцептивной коррекции с помощью устройства «Адели-92».</p> <p>6.Импульсный ток (электроанестезия) по методу К.А. Семеновой.</p> <p>8.Акупунктура.</p>	<p>6.Прикладные виды двигательной активности с элементами спортивных игр, спортивные игры.</p> <p>7.Метод функциональной стимуляции двигательной системы с помощью биологической обратной связи (БОС) (оптимальный возраст 7–12 лет).</p> <p>8. Эрготерапия.</p>	

## Приложение 8

### ПРОГРАММА КОРРЕКЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО РАЗВИТИЮ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ И ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ

Возраст	Высшие психические функции	Название методики	Задачи коррекционных мероприятий	Содержание задания	Оборудование
3–6 лет	<p><b>Внимание</b> —непроизвольное. Младшие дошкольники способны сосредоточивать внимание не более 6–8 сек., в старшем дошкольном возрасте — 12–20 сек.</p> <p>В развитии произвольного внимания ребенку помогают рассуждения вслух (совершенствование планирующей функции речи).</p>	<p>«Найди и вычеркни»</p> <p>«Поставь значки»</p>	<p>– способствовать развитию произвольного сосредоточения;</p> <p>– тренировать внимание с использованием различных анализаторов.</p>	<p>«Что изменилось?»</p> <p>«Чего не стало?»</p> <p>«Чем отличаются картинки?»</p> <p>«Кто большой?»</p> <p>«Что не так?»</p> <p>«Как их зовут?»</p> <p>«Путаные линии»</p>	<p>Наборы игрушек, предметов, картинок.</p>
	<p><b>Память</b> — характеризуется постепенным переходом от непроизвольного и непосредственного к произвольному и опосредованному. Хорошо развита эйдетическая (зрительные образы) память. Появляются первые признаки смыслового запоминания.</p>	<p>«Запомни и расставь точки»</p> <p>«Узнай фигуры»</p> <p>«Запомни рисунки»</p> <p>«Пирамиды цифр»</p> <p>«10 слов»</p>	<p>– совершенствовать различные типы памяти;</p> <p>– обучать мнемическим приемам запоминания;</p> <p>– способствовать развитию производительности запоминания.</p>	<p>«Опиши по памяти»</p> <p>«Найди картинку».</p> <p>«Фотограф»</p> <p>«Ритмическое эхо»</p> <p>«Я знаю 5 имен... (названий)»</p> <p>«Расскажи сказку-матрешку»</p> <p>(«Репка», «Теремок», «Петух и бобовое зернышко» и др.)</p>	<p>Наборы похожих картинок, молоточек, мяч.</p>

Продолжение таблицы

Возраст	Высшие психические функции	Название методики	Задачи коррекционных мероприятий	Содержание задания	Оборудование
3–6лет	<p><b>Мышление</b> — развивается в процессе игры как основного вида деятельности, рисования:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– совершенствование <i>наглядно-действенного</i> мышления на базе развивающего воображения;</li> <li>– улучшение <i>наглядно-образного мышления</i> на основе произвольной и опосредованной памяти;</li> <li>– начало активного формирования <i>словесно-логического</i> мышления путем использования речи как средства постановки и решения интеллектуальных задач.</li> </ul>	<p>«Нелепицы» «Что лишнее»? «Кому чего не достает?» «Классификация» «Лабиринт» «Последовательность событий»</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– упражнять в дифференцировке предметов и признаков;</li> <li>– развивать умение обобщать и сопоставлять обобщенные признаки;</li> <li>– упражнять в абстрагировании;</li> <li>– способствовать увеличению темпа деятельности.</li> </ul>	<p>«Съедобное-несъедобное» «Исключи четвертое лишнее» настольная игра «Сделай, что нужно» «Продолжи ряд» «Танграмм»</p>	<p>Предметные картинки, мяч. Таблицы. Игра «Танграмм».</p>

Продолжение таблицы

Возраст	Высшие психические функции	Название методики	Задачи коррекционных мероприятий	Содержание задания	Оборудование
7–10 лет	<b>Внимание</b> — становится произвольным при значительной доли произвольного внимания. Объем и устойчивость, переключаемость и концентрация произвольного внимания к 10–11 годам у детей почти такие же, как у взрослых, переключаемость даже выше, чем, в среднем, у взрослого (из-за подвижности в центральной нервной системе ребенка).	<i>Кольца Ландольта</i> <i>Коррекционная проба</i>	– продолжать развитие произвольности внимания при использовании различных анализаторов.	«Путанные линии» «Мозаика» «Вычеркивание буквы» <i>т. Шульте</i> «Волшебный мешочек» двигательные упражнения: «Великаны и карлики» «Пожалуйста» «Погонять хлопки по кругу» настольная игра «Лото»	Тетрадь, ручка Разрезные мозаики Газетные листы Непрозрачный мешочек с различными предметами
	<b>Память</b> — характеризуется произвольностью; активно развивается механическая память на несвязанные логические единицы информации	«Запомни рисунки» «10 слов» «Пирамиды цифр»	– упор на мнемические приемы запоминания для продуктивности логической памяти и повышения произвольности памяти; – способствовать увеличению объема запоминания	«Фотограф» «Дом, который построил Джек» «Пиктограммы» «Запомни карты» «Запомни и расставь точки» «Я знаю 10 имен»	Игральные карты Бланки Мяч

Продолжение таблицы

Возраст	Высшие психические функции	Название методики	Задачи коррекционных мероприятий	Содержание задания	Оборудование
7–10 лет	<b>Мышление</b> — развивается словесно-логическое мышление на уровне конкретных понятий; – использование речи как средства мышления («мыслить —, значит вспоминать»).	<i>Матрицы Равена. Исключение слов</i>	– продолжать развитие всех типов мышления при использовании различных анализаторов; – способствовать повышению темпа деятельности; – развивать умение систематизировать	«Море волнуется» «Закончи ряд» «Исключи лишнее» «Отношение понятий» «Способы применения предмета» «Сходство и различие» «Подходящее слово» (прилагательное, глагол) «Составь предложение» Настольная игра «Сделай, что нужно»	Таблицы Айзенка. Наборы слов в нескольких вариантах. Мяч.
11–14 лет	<b>Внимание</b> — развивается при активном познавательном развитии и происходит в малозаметных формах.	<i>25-значные одноцветные цифровые таблицы;</i> <i>49-значные двуцветные цифровые таблицы</i>	– продолжать развитие произвольности внимания при использовании различных анализаторов; – способствовать расширению объема рас-пределяемости внимания.	«Анаграммы» «Путанные линии» «Вычеркивание буквы» <i>т Шульте</i> двигательные упражнения: «Погонять хлопки по кругу» «Лото»	Таблицы Айзенка. Газетные листы. Игра «Лото».

Продолжение таблицы

Возраст	Высшие психические функции	Название методики	Задачи коррекционных мероприятий	Содержание задания	Оборудование
11–14 лет	<b>Память</b> — развивается и становится преимущественной логическая память, а также произвольная и опосредованная память. Замедляется развитие механической памяти (поэтому жалобы на «плохую память»); – «вспоминать, значит мыслить».	«Запомни знаки» «10 слов»	– дальнейшее развитие всех видов памяти (зрительная, слуховая, образная и т.д.); – увеличение объема запоминания; – увеличение скорости запоминания.	«Фотограф». «Пиктограммы» «Я знаю 10–15...» «Запомни и расставь точки» «Диктант»	Тетрадь, ручка, мяч.
	<b>Мышление</b> — формируется понятийное теоретическое мышление. Повышение интеллектуальной активности. Доступно формирование гипотез. Самостоятельность мышления.	«Сложные аналогии» т. Айзенка	– продолжать развитие всех типов мышления при использовании различных анализаторов; – способствовать повышению темпа деятельности; – продолжать упражнять в дифференциации; – обобщение, систематизация.	«Закончи ряд» «Исключи лишнее слово» «Отношение понятий» «Способы применения предметов» «Подходящее слово» (прилагательное, глагол) «Что это может быть?» «Составь предложение»	Тетрадь. Ручка. Мяч. Таблицы Айзенка.

Приложение 9

**КРИТЕРИИ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ И КАЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АБИЛИТАЦИОННЫХ (РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ) МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ**

Наиболее значимые показатели	Оценка показателей в баллах				
	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
<i>а) неврологического профиля</i>					
1. Состояние рефлекторной сферы	Соответствует возрастной норме	Отдельные патологические установки легко преодолимы	С трудом преодолеваются отдельные патологические установки	Тонические рефлексы, формирующие патологические установки, выражены преимущественно в нижних конечностях	Выражены все тонические рефлексы, формирующие патологические установки конечностей
2. Тонус мышц	Не изменен	Повышен в покое, легко преодолевается при движениях	Повышенный в отдельных группах мышц, при движениях преодолевается с трудом	Нарушения тонуса (спастичность, ригидность, дистония, гипотония) выражены во всех мышцах	Тяжелые нарушения тонуса во всех мышцах
3. Произвольное движение рук	В полном объеме в соответствии с возрастом	Произвольные движения незначительно ограничены	Движения ограничены из-за пронационной установки предплечий и кистей. Движения рук неправильные вследствие патологической активности пронаторов и сгибателей кисти и предплечья	Предметы руками самостоятельно не берет или берет с патологической установкой кистей, но не удерживает	Произвольные движения отсутствуют или резко ограничены, отсутствуют хватательная реакция и реакция опоры

Продолжение таблицы

Наиболее значимые показатели	Оценка показателей в баллах				
	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
<i>а) неврологического профиля</i>					
4. Судорожный синдром	Отсутствует	Припадки эпизодические	Припадки с частотой 1–3 раза в месяц	Припадки 4 и более раз в месяц, без изменения личности	Полиморфные припадки чаще 4–5 раз в месяц с изменениями личности по эпилептическому типу
5. Способность самостоятельно передвижения	Практически возможны все движения, ходит сам	Ходьба и стояние с опорой. Походка неправильная, но доступно преодоление большого расстояния	Доступно стояние у опоры, ходьба с поддержкой. Походка деформирована. Выражен эквино-варус или эквино-вальгус	Может сидеть, стоит с поддержкой в неправильной позе: ноги выпрямлены во всех суставах, опора на носки или ноги согнуты во всех суставах, эквино-варус или эквино-вальгус. Шаг не сформирован	Ребенок лишен возможности самостоятельно передвигаться, сидеть, ходить
6. Гиперкинезы	Отсутствуют	Практически отсутствуют	Выражены незначительно и могут произвольно подавляться	Выражены умеренно, плохо поддаются произвольному подавлению	Выражены
7. Способность к самообслуживанию	Самообслуживание (одевание, обувание, умывание, прием пищи) полное	Не доступны отдельные сложные движения в процессе самообслуживания	Обслуживает себя частично (не застегивает пуговицы, не шнурует обувь)	Самообслуживание частично ограничено (держит ложку, может надеть лишь некоторые предметы одежды)	Себя не обслуживает

Продолжение таблицы

Наиболее значимые показатели	Оценка показателей в баллах				
	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
8. Контрактуры	Возможны остаточные легкие деформации в отдельных, преимущественно мелких суставах пальцев рук, стоп	Имеются контрактуры в отдельных суставах, но они не препятствуют передвижению	Тугоподвижность в крупных суставах (функциональные контрактуры)	Органические контрактуры суставов нижних конечностей	Множественные стойкие контрактуры в суставах верхних и нижних конечностей
9. Нарушения поведения и эмоционально-волевой сферы	Отсутствуют	Нарушения эмоционально-волевой сферы и поведения обусловлены ситуацией и легко корректируются	Эмоционально-волевые нарушения выражены умеренно, отдельные конфликтные ситуации хорошо корректируются	Выраженные эмоционально-волевые нарушения в виде расторможенности, страхов или сниженного настроения. Частые конфликтные ситуации с трудом корректируются	Психопатоподобное поведение, постоянные конфликтные ситуации, не поддающиеся коррекции
10. Зрительно-пространственное восприятие	Соответствует норме	Легкие нарушения, выявляемые в процессе специального тестирования	Нарушения зрительно-пространственного восприятия, корректируемые при специальной тренировке	Локальный дефект зрительно-пространственного восприятия, с трудом поддающийся коррекции	Грубые нарушения, не поддающиеся коррекции
11. Дифференцирование мышечных усилий	Соответствует норме	Легкие нарушения, выявляемые в процессе специального тестирования	Нарушения в дифференцировании мышечных усилий, корректируемые при специальной тренировке	Локальный дефект дифференцирования мышечных усилий, с трудом поддающийся коррекции	Грубые нарушения, не поддающиеся коррекции

Продолжение таблицы

Наиболее значимые показатели	Оценка показателей в баллах				
	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
12. Координация движений рук	Соответствует норме	Легкие нарушения, выявляемые в процессе специального тестирования	Нарушения в координации движений, корригируемые при специальной тренировке	Локальный дефект координации движений, с трудом поддающийся коррекции	Грубые нарушения, не поддающиеся коррекции
13. Точность движений	Соответствует норме	Легкие нарушения, выявляемые в процессе специального тестирования	Нарушения в точности движений, корригируемые при специальной тренировке	Локальный дефект точности движений, с трудом поддающийся коррекции	Грубые нарушения, не поддающиеся коррекции
14. Кистевая мышечная сила (снижение в % от возрастных величин)	Соответствует возрастной величине	до 25	26–50	51–75	более 75
15. Статическая выносливость мышц рук (снижение в % от возрастных величин)	Соответствует возрастной величине	до 25	26–50	51–75	более 75
16. Речь	Соответствует норме	Нарушения речи не заметны для окружающих, но выявляются при специальном обследовании	Речевые нарушения заметны окружающим, но речь понятна, речевое общение активное	Речь понятна только близким больного ребенка	Речь непонятна окружающим
17. Психическое развитие	Соответствует норме	Легкая задержка психического развития	Задержка психического развития с одним или несколькими нарушениями корковых функций	Выраженная задержка психического развития с пространственными нарушениями	Грубая задержка психического развития

Наиболее значимые показатели	Оценка показателей в баллах				
	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
18. Мышление (логическое мышление)	Соответствует норме	Испытывает трудности при освоении отдельных логических операций	Уровень развития абстрактного мышления отстает от возраста	Абстрактное мышление не развито. Логическое мышление имеет конкретный характер	Доступны только простейшие обобщения
19. Внимание	Соответствует возрастной норме	Легкие нарушения, выявляемые в процессе специального тестирования	Нарушения состояния функции, корригируемые при специальной тренировке	Нарушения функции, с трудом поддающиеся коррекции	Не понимает инструкции
20. Память	Соответствует возрастной норме	Легкие нарушения, выявляемые в процессе специального тестирования	Нарушения состояния функции, корригируемые при специальной тренировке	Нарушения функции, с трудом поддающиеся коррекции	Не понимает инструкции
21. Функциональное состояние ЦНС	Соответствует норме	Легкое снижение	Умеренное снижение	Выраженное снижение	Грубое нарушение
<i>б) офтальмологического профиля</i>					
1. Острота зрения (на лучше видящем глазу) с коррекцией	1,0–0,5	0,4–0,3	0,2–0,1	0,09–0,06	0,05 и менее
2. Поля зрения (сужение от центра во всех направлениях) в градусах	Нормальное поле зрения 35 и более	до 30	до 25	до 10	до 5

Продолжение таблицы

Наиболее значимые показатели	Оценка показателей в баллах				
	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
3. Способность к самообслуживанию	Самообслуживание полное	Недоступны отдельные сложные действия	Обслуживают себя частично	Самообслуживание существенно ограничено	Себя не обслуживает
4. 1, 2, 3, а также способность ориентации в пространстве	Не ограничена.	Умеренное ограничение ориентации относительно движущихся транспортных средств	Значительное ограничение ориентации относительно движущихся транспортных средств	Способен ориентироваться без посторонней помощи в знакомом пространстве	Не способен передвигаться в пространстве без посторонней помощи
5. Зрительно-пространственное восприятие	Соответствует норме	Легкие нарушения, выявляемые в процессе специального тестирования	Нарушения зрительно-пространственного восприятия, корригируемые при специальной тренировке	Локальный дефект зрительно-пространственного восприятия, с трудом поддающийся коррекции	Грубые нарушения, не поддающиеся коррекции
6. Дифференцирование мышечных усилий	Соответствует норме	Легкие нарушения, выявляемые в процессе специального тестирования	Нарушения в дифференцировании мышечных усилий, корригируемые при специальной тренировке	Локальный дефект дифференцирования мышечных усилий, с трудом поддающийся коррекции	Грубые нарушения, не поддающиеся коррекции
7. Координация движений	Соответствует норме	Легкие нарушения, выявляемые в процессе специального тестирования	Нарушения в координации движений, корригируемые при специальной тренировке	Локальный дефект координации движений, с трудом поддающийся коррекции	Грубые нарушения, не поддающиеся коррекции
8. Точность движений	Соответствует норме	Легкие нарушения, выявляемые в процессе специального тестирования	Нарушения в точности движений, корригируемые при специальной тренировке	Локальный дефект точности движений, с трудом поддающийся коррекции	Грубые нарушения, не поддающиеся коррекции

## Порядок расчета коэффициента эффективности ( $K_{эфф.}$ )

$$K_{эфф.} = \frac{\text{Сумма баллов по всем показателям этапа до лечения}}{\text{Сумма баллов по всем показателям этапа после лечения}}$$

- $K_{эфф.}$  2,0 и более — «значительное улучшение»;  
1,2 – 1,99 — «улучшение»;  
1,06 – 1,19 — «незначительное улучшение»;  
0,95 – 1,05 — «без перемен»;  
меньше 0,95 — «ухудшение».

**ВАРИАНТЫ  
ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА  
С ГЛАЗНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

**1. С патологией хрусталика (врожденной, травматической, вторичной пленчатой, осложненной катарактой, подвывихом и вывихом хрусталика)**

1. Оценка общего состояния организма ребенка-инвалида, степени нарушения функций его отдельных органов и систем для решения вопроса о возможности проведения оперативного лечения.

2. Клинико-функциональная оценка состояния органа зрения в целях выяснения целесообразности проведения реабилитационных мероприятий медицинского характера.

3. Медицинская реабилитация:

а) операция — экстракция катаракты или подвывихнутого и вывихнутого хрусталика;

б) лазер-пунктура пленчатых катаракт;

в) подбор очковой коррекции для дали и близи на оперированном глазу через 2–3 месяца после операции;

г) лечение амблиопии оперированного глаза при остроте зрения 0,2 и ниже под наблюдением окулиста в условиях специализированного детского сада или в кабинете офтальмолога детской поликлиники.

4. Проведение индивидуальных занятий по развитию ориентации детей-инвалидов дошкольного возраста в окружающей обстановке и по самообслуживанию соответственно их возрасту в плане бытовой адаптации.

## **2. С врожденной миопией высокой степени**

1. Определение остроты зрения обоих глаз и рефракции после двух и четырех дней атропинизации 0,5% атропином х 2 раза в день.
2. Назначение очковой коррекции по данным скиаскопии после атропинизации до повышения остроты зрения вдаль — 0,6–0,8.
3. Назначение коррекции для близи 2,0° меньше, чем для дали.
4. Проведение 2 раза в год 5-дневной атропинизации 0,5% атропином для снятия спазма аккомодации.
5. Определение резервов аккомодации обоих глаз и повышение их упражнениями с отрицательными и положительными линзами, а также занятиями с меткой на стекле.
6. Регулярный контроль рефракции глаз 2 раза в год после проведенной атропинизации.
7. Направление ребенка на консультации в глазное отделение 4-й детской больницы г. Минска для решения вопроса об операции укрепляющей склеропластики в случае быстрого прогрессирования миопии (2,0<sup>d</sup> и выше за год).
8. Проведение тренировочных упражнений по Бейтсу.

## **3. С косоглазием и глубокой амблиопией косящего глаза**

1. Исследование зрительных функций обоих глаз (остроты зрения и бинокулярности зрения).
2. Определение рефракции обоих глаз после двух и четырех дней атропинизации 0,5% атропином.
3. Назначение соответствующей очковой коррекции в зависимости от вида рефракции и характера косоглазия.

4. Постоянный (ежеквартальный) контроль за состоянием остроты зрения обоих глаз с назначенной коррекцией и углом косоглазия.
5. Определение состояния фиксации косящего глаза и кореспонденции сетчаток обоих глаз на большом безрефлексном офтальмоскопе Гульштранда и синоптофоре.
6. При отсутствии центральной фиксации косящего глаза или ее неустойчивом характере соответствующие упражнения по ее исправлению на большом безрефлексном офтальмоскопе.
7. Занятия на синоптофоре по устранению аномальной кореспонденции сетчаток в случае ее обнаружения.
8. Проведение оперативного лечения неаккомодационного косоглазия при отсутствии лечебного эффекта от ношения очков в течение двух лет.
9. Проведение занятий по развитию бинокулярного зрения после оперативного устранения неаккомодационного косоглазия на синоптофоре, разделителях полей зрения и стереоскопе с зеркалом при повышении остроты зрения амблиопичного глаза до 0,3.

## АЛГОРИТМ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ПАТОЛОГИИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ И СПЕЦШКОЛЫ ДЛЯ СЛАБОВИДЯЩИХ

Сущность, содержание реабилитационных мероприятий на различных этапах их проведения	Методы и средства реабилитации	Ответственный за исполнение
1 Оценка общего состояния организма, степени нарушения функции отдельных органов и систем с целью выбора рациональных путей реабилитации	Диагностические методы	Педиатр-реабилитолог детской поликлиники
2 Оценка клинико-функционального состояния органа зрения инвалида в целях планирования и проведения реабилитационных мероприятий медицинского характера: а) консервативное лечение; б) хирургическое лечение	Методы функционального исследования органа зрения	Врач-офтальмолог спецшколы, реабилитолог и офтальмолог детской поликлиники
3 Вынесение значений по медицинским реабилитационным мероприятиям с указанием их видов, количества процедур и вынесение их в ИПРР	Проведение медицинских реабилитационных мероприятий	Врач-офтальмолог поликлиники, спецшколы
4 Проведение медицинских реабилитационных мероприятий (нехирургических) у детей-инвалидов на базе глазных кабинетов реабилитационных центров, детских поликлиник, спецшкол и глазных отделений стационаров	Методы медикаментозного, плеоптоортоптического, физиотерапевтического и др видов терапии, оптической коррекции	Врач-офтальмолог спецшколы, детской поликлиники, стационара
5 Проведение офтальмохирургических реабилитационных мероприятий у детей-инвалидов на базе стационарных глазных реабилитационных центров, глазных отделений стационаров	Офтальмохирургические методы лечения	Врач-офтальмолог глазных отделений больницы
6 Оценка эффективности проведенных реабилитационных медицинских мероприятий по завершении их этапа	Сравнительная оценка зрительных функций до и по завершении этапа реабилитации	Врач-офтальмолог, реабилитолог поликлиники, офтальмолог спецшколы

## 1. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ВЫСОКОЙ БЛИЗОРУКОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ И СПЕЦШКОЛЫ ДЛЯ СЛАБОВИДЯЩИХ

Содержание реабилитационных мероприятий на различных этапах их проведения	Методы и средства реабилитационных мероприятий	Ответственный за исполнение
1	2	3
1 Оценка общего состояния организма ребенка-инвалида, его органа зрения, степени нарушения зрительных функций с целью выбора рациональных путей реабилитации	Диагностические методы	Врач-реабилитолог поликлиники
2 Оценка клинико-функционального состояния органа зрения ребенка-инвалида в целях планирования и проведения реабилитационных мероприятий медицинского характера глазной патологии	Методы функциональных исследований органа зрения	Врач-офтальмолог поликлиники или спецшколы
3 Определение и назначение оптимальной коррекции очками или линзами на основе данных скиаскопии после атропинизации (для дали и для близи)	Проведение скиаскопии после атропинизации в течение 3–4 дней	Врач-офтальмолог поликлиники или спецшколы
4 Назначение и проведение медикаментозного восстановительного лечения, в т ч физиотерапевтического	Средства тканевой витаминотерапии, сосудорасширяющие, ангиопротекторы и другие по показаниям	Врач-офтальмолог поликлиники или спецшколы

Продолжение таблицы

1	2	3
5 Назначение и проведение плеоптического лечения — световая стимуляция сетчатки по Аветисову	Проведение плеоптического лечения — световая стимуляция сетчатки по Аветисову	Врач-офтальмолог поликлиники или спецшколы
6 Назначение и проведение тренировочных занятий для улучшения зрения	Тренировочные упражнения с использованием прибора «Иллюзион», специальных очков «Лазер вижн» и по методу Бейтса	Врач-офтальмолог поликлиники или спецшколы
7 Оценка эффективности проведенного этапа медицинской реабилитации глазной патологии	Сравнительная оценка зрительных функций до и по завершении этапа реабилитации	Врач-реабилитолог, врач-офтальмолог поликлиники и спецшколы

## 2. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ ХРУСТАЛИКА В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ И СПЕЦШКОЛЫ ДЛЯ СЛАБОВИДЯЩИХ

Сущность, содержание реабилитационных мероприятий на различных этапах их проведения	Методы и средства реабилитации	Ответственный за исполнение
1 Оценка общего состояния организма ребенка-инвалида, его органа зрения, степени нарушения зрительных функций с целью планирования и проведения реабилитационных мероприятий	Диагностические методы	Врач-реабилитолог поликлиники
2 Оценка клинико-функционального состояния органа зрения ребенка-инвалида с целью решения вопроса о путях реабилитации - целесообразности офтальмохирургического или консервативного лечения *	Методы функциональных исследований органа зрения	Врач-офтальмолог поликлиники или спецшколы
3 Назначение и проведение медицинских нехирургических реабилитационных мероприятий лицам с патологией хрусталика (начальная, частичная катаракта, пленчатая вторичная катаракта, осложненная афакия) и с амблиопией, развившейся в результате позднего удаления катаракты	Местное применение медикаментов (катахром, витаиодурол, каталин и др.) Лазеротерапия пленчатых катаракт При обскурационной амблиопии плеоптическое лечение, тренировочные упражнения на приборе «Иллюзион» др. Медикаментозное восстановительное лечение	Врач-офтальмолог поликлиники или спецшколы
4 Определение и назначение оптимальной коррекции очками или контактными линзами	Подбор соответствующих очков или контактных линз	Врач-офтальмолог поликлиники или спецшколы или врач-офтальмолог лаборатории контактной коррекции
5 Оценка эффективности проведенного этапа медицинской реабилитации глазной патологии	Сравнительная оценка зрительных функций до и по завершении этапа реабилитации	Врач-офтальмолог поликлиники или школы

\* вопросы о целесообразности офтальмохирургического лечения патологии хрусталика необходимо решать с учетом результатов обследования в условиях стационара.

### 3. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С КОСОГЛАЗИЕМ И АМБЛИОПИЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ И СПЕЦШКОЛЫ ДЛЯ СЛАБОВИДЯЩИХ

<b>Сущность, содержание реабилитационных мероприятий на различных этапах их проведения</b>	<b>Методы и средства реабилитации</b>	<b>Ответственный за исполнение</b>
1 Оценка общего состояния организма ребенка-инвалида, его органа зрения, степени нарушения зрительных функций с целью планирования и проведения реабилитационных мероприятий	Диагностические методы	Врач-реабилитолог поликлиники
2 Оценка клинико-функционального состояния органа зрения ребенка-инвалида с целью решения вопроса о путях реабилитации — целесообразности хирургического или консервативного лечения	Проведение комплекса клинико-функциональных исследований органа зрения и оценка их результатов, определение рефракции и угла косоглазия, состояние фиксации косящего глаза на офтальмоскопе	Врач-офтальмолог поликлиники или спецшколы
3 Назначение и проведение медицинских нехирургических реабилитационных мероприятий лицам с косоглазием и с амблиопией, развившейся в результате позднего лечения косоглазия	Подбор и назначение соответствующих очков или контактных линз Проведение плеоптоортоптического лечения с помощью специальных приборов Проведение специальных тренировочных упражнений глаза Медикаментозное восстановительное лечение	Врач-офтальмолог поликлиники или спецшколы
4 После проведенного в стационаре офтальмохирургического лечения косоглазия назначение и выполнение медицинских реабилитационных мероприятий	Проведение упражнений по развитию бинокулярного зрения на специальных приборах	Врач-офтальмолог поликлиники или спецшколы
5 Оценка эффективности проведенного этапа медицинской реабилитации глазной патологии	Сравнительная оценка зрительных функций до и по завершении этапа реабилитации	Врач-реабилитолог, офтальмолог спецшколы и поликлиники

