

# **РЕАБИЛИТОЛОГИЯ**

*Методические рекомендации*

РЕПОЗИТОРИЙ ВГУ

2011

УДК 364.04(075.8)  
ББК 51.1я73  
Р31

Автор-составитель: преподаватель кафедры анатомии и физиологии УО «ВГУ им. П.М. Машерова»  
**Ю.В. Гапоненко**

Рецензенты:

доцент факультета повышения квалификации специалистов по хирургии УО «ВГМУ»,  
кандидат медицинских наук *А.Т. Щастный*; доцент кафедры анатомии и физиологии  
УО «ВГУ им. П.М. Машерова», кандидат биологических наук *Т.Ю. Крестьянинова*

Методические рекомендации предназначены для самоподготовки и выполнения практических работ по реабилитации. В данное учебное издание включены перечень практических занятий с вопросами для самоконтроля, аудиторного контроля, задания и список литературы. Адресуется студентам факультета социальной педагогики и психологии по специальности «Социальная работа».

УДК 364.04(075.8)  
ББК 51.1я73

© УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2011

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	4
<b>Практическое занятие № 1.</b> Теоретические основы реабилитации. Восстановительные механизмы реабилитации. Психологические факторы в реабилитации.....	5
<b>Практическое занятие № 2.</b> Фазы и этапы реабилитации. Основные принципы реабилитации .....	9
<b>Практическое занятие № 3.</b> Принципы и тактика медико-социальной экспертизы при проведении реабилитации.....	13
<b>Практическое занятие № 4.</b> Контингенты, нуждающиеся в реабилитационной помощи .....	15
<b>Практическое занятие № 5.</b> Основные методы физической реабилитации (Конференция) .....	18
<b>Практическое занятие № 6.</b> Эрготерапия. Трудотерапия.....	18
<b>Практическое занятие № 7.</b> Принципы формирования индивидуальной программы реабилитации .....	19
<b>Практическое занятие № 8.</b> Формы организации реабилитации .....	24
<b>Практическое занятие № 9.</b> Специфические проблемы реабилитации (абилитации) детей-инвалидов.....	24
<b>Практическое занятие № 10.</b> Формирование индивидуальной программы реабилитации детей при заболеваниях и повреждениях нервной системы.....	25
<b>Практическое занятие № 11.</b> Формирование индивидуальной программы реабилитации при заболеваниях органов дыхания .....	28
<b>Практическое занятие № 12.</b> Реабилитация больных при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата .....	30
<b>Практическое занятие № 13.</b> Психологическая реабилитация.....	32
<b>Практическое занятие № 14.</b> Музыкалотерапия как метод социальной реабилитации.....	32
<b>Практическое занятие № 15.</b> Иппотерапия как метод реабилитации детей с особенностями психофизического развития .....	33
<b>Практическое занятие № 16.</b> Реабилитация больных при заболевании органов кровообращения .....	36
<b>Практические навыки по дисциплине «Реабилитология»</b> .....	38
<b>Схема оформления протокола практического занятия по реабилитологии.....</b>	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>
<b>ЛИТЕРАТУРА</b> .....	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>

## ВВЕДЕНИЕ

В результате повреждений и различных заболеваний у больных часто развиваются тяжелые функциональные нарушения, приводящие к инвалидности, следствием чего является ограничение трудоспособности. С позиции сегодняшнего дня инвалидность следует рассматривать как проблему не одного конкретного человека, а всего общества в целом. И лишь при учете влияния факторов, как внешних, так и внутренних, на человека возможна разработка индивидуальных реабилитационных подходов, так как реабилитация охватывает не только медицинские, но и социальные проблемы. Это позволяет выделить два основных направления: медицинскую и социально-трудовую реабилитацию.

В реабилитации больного или инвалида, наряду с медицинскими работниками, самое активное участие принимают педагоги, психологи и логопеды. Все это позволяет использовать в комплексной программе реабилитации больных не только функциональные методы лечения, но и трудотерапию, психотерапию, а также логопедическое лечение. Реабилитация больного или инвалида строится на основании следующих принципов: раннее начало реабилитационных мероприятий; преемственность и непрерывность лечения на всех этапах; комплексный характер реабилитационных мероприятий; индивидуализация реабилитационных мероприятий в каждом случае с учетом личностных особенностей больного.

Таким образом, медицинская и социально-трудовая реабилитация способствует снижению первичного выхода на инвалидность и ее тяжести и в конечном итоге приводит к значительному медицинскому и социально-экономическому эффекту в общегосударственном масштабе.

В соответствии с типовым учебным планом по специальности 1-86 01 01 01 «Социальная работа», утвержденным Министерством образования Республики Беларусь 12.06.2008 г., на изучение дисциплины «Реабилитология» отводится 170 часов, из них 102 аудиторных, в том числе 26 часов практических и лабораторных занятий.

Усвоение студентами практического материала дисциплины позволяет сформировать понятие о медицинской, профессиональной и социальной реабилитации, направленной на всестороннюю помощь больным и инвалидам.

**Практическое занятие № 1**  
**Теоретические основы реабилитации.**  
**Восстановительные механизмы реабилитации. Психологические**  
**факторы в реабилитации**

Цели занятия:

Изучить исторические аспекты развития реабилитационной службы; нормативно-правовую базу, регламентирующую деятельность службы реабилитации в Республике Беларусь.

Сформировать понятие о реабилитации как комплексе медицинских, педагогических, физкультурно-оздоровительных, лечебно-профилактических и социально-правовых мер. Изучить виды реабилитации. Понимать роль психологических факторов в реабилитации. Психодиагностика. Психокоррекция.

Изучить последствия болезни: нарушение, ограничение жизнедеятельности и социальная недостаточность или дезадаптация. Научиться устанавливать функциональные классы двигательных нарушений в зависимости от имеющихся ограничений жизнедеятельности.

Материальное оснащение: нормативные и правовые акты, регламентирующие деятельность службы реабилитации в Республике Беларусь. Методические рекомендации для самоподготовки и выполнения практических занятий по реабилитологии.

Вопросы для аудиторного контроля по теме занятия:

1. Понятие реабилитации. Цели и задачи реабилитации. Реабилитология как наука.
2. История развития и становления службы реабилитации.
3. Нормативно-правовая база, регламентирующая деятельность службы реабилитации в Республике Беларусь.
4. Основные положения «Декларации о правах людей с физическими или умственными недостатками».
5. Понятие о трехмерной концепции болезни.
6. Понятие «нарушение». Номенклатура нарушений.
7. Понятие «ограничение жизнедеятельности». Классификация ограничений жизнедеятельности.
8. Понятие «социальная недостаточность».
9. Понятие «психодиагностика» и «психокоррекция».

Тема для реферативного сообщения: Правовые и организационные аспекты медико-социальной экспертизы и реабилитации в других странах.

## **Практическая часть занятия**

### **Определение функциональных классов двигательных нарушений в зависимости от имеющихся ограничений жизнедеятельности**

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих нарушение основных категорий (критериев) жизнедеятельности человека, выделяют пять функциональных классов (далее ФК) их выраженности (в процентах).

ФК 0 – характеризует отсутствие нарушения жизнедеятельности (0%).

ФК 1 – легкое нарушение (от 1% до 25%).

ФК 2 – умеренно выраженное нарушение (от 26% до 50%).

ФК 3 – выраженное нарушение (от 51% до 75%).

ФК 4 – резко выраженное нарушение (от 76% до 100%).

Способность к самостоятельному передвижению – способность эффективно самостоятельно передвигаться (ползать, ходить, бегать, преодолевать препятствия, сохранять равновесие тела, удерживать позу, пользоваться личным и общественным транспортом) в своем окружении в рамках выполняемой бытовой или ведущей возрастной деятельности, обеспечивая возможность быстро и адекватно модифицировать свои действия.

Для оценки передвижения используются следующие параметры:

1. Расстояние, на которое больной может передвигаться (отправная точка – постель).
2. Темп передвижения и характер походки (нормальная, измененная).
3. Возможность использования медико-технических средств для компенсации нарушений передвижения.
4. Необходимость посторонней помощи при передвижении.
5. Возможность использования транспорта (общественного и личного).

ФК 0 – полная мобильность.

ФК 1 – легкое нарушение передвижения, сохранение возможности передвижения на большие (не ограниченные) расстояния при некотором замедлении темпа ходьбы, небольшом изменении походки, необходимости использования простых вспомогательных средств (трость, несложная ортопедическая обувь) или медикаментов. Использование транспорта не ограничено.

ФК 2 – умеренное нарушение передвижения (пониженная мобильность) – ограничение расстояния передвижения районом проживания (до 1,5–2 км), медленный темп ходьбы, явное изменение походки, необходимость использования более сложных вспомогательных средств (функциональные виды протезов), использование транспорта затруднено, но возможно без посторонней помощи.

ФК 3 – значительное ограничение мобильности – передвижение только в пределах ближайшего соседства (до 0,5 км), резкое изменение

походки и темпа ходьбы, необходимость использования сложных вспомогательных средств передвижения (костыли, ходунки, протезы двух нижних конечностей или одной при значительном нарушении функции другой, атипичное сложное протезирование малофункциональными видами протезов) или кресла-коляски. Общественным транспортом без содействия посторонних пользоваться невозможно, использование личного транспорта затруднено и не всегда возможно.

ФК 4 – полная утрата мобильности и резкое ограничение передвижения – ограничение мобильности пределами жилья, кресла или постели; ходьба по комнате при специальном обустройстве жилья поручнями или с помощью протезов с обязательным дополнительным использованием костылей, когда возможен лишь двухтактный характер биомеханики ходьбы («шаг кенгуру»), мобильность за пределами жилья только при использовании основных средств передвижения (коляска и др.) или с посторонней помощью (поводырь у слепых).

Способность к самообслуживанию – способность ухаживать за собой, самостоятельно справляться с основными потребностями, обеспечивать эффективное независимое существование в окружающей среде без помощи других лиц – физическая независимость.

Самообслуживание включает самостоятельное удовлетворение самых насущных повседневных потребностей, так называемых нерегулируемых потребностей (физиологических отправления, личной гигиены, одевания и приема пищи) и осуществление более широкого круга повседневных бытовых потребностей (покупки в магазине, приготовление пищи, уборка помещения, заправка постели, стирка, пользование замками, кранами, различными домашними приборами и телефоном). В отличие от первых, это регулируемые потребности, в отношении которых помощь посторонних может быть спланирована и оказываться реже одного раза в сутки или эпизодически. Самообслуживание может быть частично компенсировано за счет вспомогательных средств.

Параметрами для оценки нарушений самообслуживания и физической независимости служат:

- нуждаемость в посторонней помощи и уходе при удовлетворении регулируемых и нерегулируемых потребностей;
- интервалы, через которые возникает такая нуждаемость: эпизодическая нуждаемость (1–2 раза в неделю), длительные интервалы (24 часа и реже), короткие (каждые несколько часов), критические (более короткие и непредсказуемые) интервалы и постоянная нуждаемость;
- возможность коррекции с помощью вспомогательных средств и адаптации помещения.

ФК 0 – полная независимость – способность эффективного существования без посторонней помощи и вспомогательных средств.

ФК 1 – легкая физическая зависимость – потребность в неболь-

шой, непостоянной и регулируемой помощи других лиц (генеральная уборка, крупная стирка, мелкий ремонт) или полная компенсация с помощью небольших технических средств и устройств.

ФК 2 – умеренная физическая зависимость – необходимость эпизодической помощи других лиц в осуществлении одной или нескольких регулируемых потребностей при самостоятельной реализации других повседневных способностей (помощь для вхождения и выхода из ванны, в использовании домашних приборов) или использование технических средств и устройств, значительно компенсирующих нарушение функции и способности (протезы одной нижней конечности) или адаптация жилья.

ФК 3 – значительное ограничение физической независимости. Необходимость систематической помощи других лиц через длительные интервалы, один раз в сутки и реже, в удовлетворении нескольких или многих регулируемых потребностей: покупка продуктов, мытье в ванной или частичная компенсация физической независимости с помощью технических средств и устройств при условии самостоятельного их использования больным. Или только эпизодической помощи в некоторых действиях, вывоз автомашины из гаража, при условии самостоятельного выхода больного из жилья и перемещения в коляску и из коляски.

ФК 4 – резко выраженное нарушение способности к самообслуживанию. Необходима помощь посторонних лиц в удовлетворении нерегулируемых потребностей через короткие и критические интервалы либо постоянно, сюда же относится частичная компенсация с помощью технических средств и устройств, если больной не может их использовать без посторонней помощи (неспособность самостоятельно перемещаться в коляску).

Установить функциональный класс двигательных нарушений в зависимости от имеющихся ограничений жизнедеятельности на конкретных примерах и занести результат в протокол.

#### **Задание 1.**

Реабилитант А., после перенесенного инфаркта миокарда приступил к прежней работе в качестве учителя физики. На работу и с работы ходит пешком с кратковременными остановками, преодолевая расстояние в 2 километра. Поднимается на четвертый этаж, останавливаясь между каждым из этажей. Определите функциональный класс двигательных нарушений.

#### **Задание 2.**

Реабилитант Б., после перенесенного инсульта, передвигается по квартире с трудом, на улицу не выходит. Нуждается в помощи для входа и выхода из ванны, приема пищи. Определить функциональный класс двигательных нарушений.



### **Задание 3.**

Реабилитант В., плотник, после ампутации четвертого и пятого пальцев правой руки на уровне средней фаланги, свободно передвигается по помещению и на улице, полностью себя обслуживает. Испытывает затруднения в использовании рабочего инструмента. Определить функциональный класс двигательных нарушений.

### **Задание 4.**

Реабилитант Г., с метастазами в поясничный отдел позвоночника, передвигается в пределах квартиры в инвалидной коляске, в которую его усаживают родственники. Функции мочеиспускания и дефекации нарушены. Определить функциональный класс двигательных нарушений.

В тетради для практических работ необходимо оформить протокол практического занятия по схеме, предложенной в конце методических рекомендаций.

## **Практическое занятие № 2**

### **Фазы и этапы реабилитации. Основные принципы реабилитации**

#### Цели занятия:

Изучить составляющие процесса реабилитации, основные принципы и аспекты реабилитации.

Научиться устанавливать функциональные классы нарушений ориентации в зависимости от имеющихся ограничений жизнедеятельности.

Развивать и совершенствовать навыки работы с литературными источниками и электронными ресурсами.

Материальное оснащение: нормативные и правовые акты, регламентирующие деятельность службы реабилитации в Республике Беларусь. Методические рекомендации для самоподготовки и выполнения практических занятий по реабилитологии.

#### Вопросы для аудиторного контроля по теме занятия:

1. Реабилитация как многофакторный процесс. Медицинская, медико-профессиональная, профессиональная, социальная реабилитация.
2. Этапы реабилитации.
3. Основные принципы реабилитации.
4. Основные аспекты реабилитации.
5. Длительность реабилитации.

Темы для реферативных сообщений: Фазы реабилитации. Реабилитация инвалидов. Воздействие на среду обитания как составляющая реабилитационного процесса.

## **Практическая часть занятия**

### **Определение функциональных классов нарушений ориентации в зависимости от имеющихся ограничений жизнедеятельности**

Ориентация – способность человека самостоятельно ориентироваться в окружающей обстановке, воспринимать и анализировать ее состояние и соответственно реагировать на ее изменения.

Для реализации ориентации необходимо интегрированное функционирование нескольких систем:

- зрения, слуха, осязания, обоняния (систем ориентации), речи, чтения, письма (систем коммуникации);
- центральной и периферической нервной системы для передачи, анализа информации и выработки ответной реакции на ее изменение, адекватной психической деятельности.

Расстройства ориентации на уровне анализаторов иногда могут быть полностью или частично компенсированы за счет медикотехнических средств (очки, линзы, слуховые аппараты) либо за счет компенсации одного анализатора другим (глухой компенсирует свой недостаток зрением, слепой – слухом и осязанием и т.д.). Компенсация нарушений психической деятельности может достигаться медикаментозными средствами (нейролептики).

Для характеристики выраженности нарушений ориентации используются:

- оценка состояния систем ориентации и возможности их компенсации;
- оценка состояния систем коммуникации и возможность их компенсации;
- степень ориентации в собственной личности, месте, времени и пространстве;
- способность анализировать и адекватно реагировать на поступившую информацию;
- возможность компенсации речи и поведения медикаментозными средствами.

ФК 0 – нормальная способность воспринимать, анализировать и реагировать на информацию, обеспечивающая возможность самостоятельной ориентации в окружающей обстановке.

ФК 1 – легкое ограничение ориентации – возникает при грубом одностороннем или легком двустороннем нарушении функций одной из систем ориентации (зрение, слух) или при более значительном нарушении, но возможности хорошей компенсации функции с помощью технических средств (очки, слуховой аппарат), либо при легких психических нарушениях, которые практически полностью компенсируются за счет систематического приема медикаментов; при эпизодическом нару-

шении ориентации в связи с различными, но редкими пароксизмальными состояниями (эпилептические припадки, головокружение и др.), временно нарушающими ориентацию.

ФК 2 – умеренное нарушение ориентации – определяется при значительном нарушении деятельности одной из систем ориентации, которое не компенсируется или компенсируется недостаточно (дву-стороннее снижение зрения до 0,11–0,15, тугоухость 3–4 степени по ВОЗ на оба уха), склонности к частым пароксизмальным нарушениям ориентации, которые не компенсируются медикаментами, легкой дезориентации только в месте или времени при сохранности ориентации по другим параметрам, сниженной и замедленной реакции на информацию об окружающей среде.

ФК 3 – значительное ограничение ориентации. Определяется при значительном нарушении зрительной ориентации (слабовидение на оба глаза, при одновременном умеренном поражении двух систем ориентации (зрение и слух). При частичной дезориентации в месте, времени, пространстве и собственной личности, при выраженной сенсорной афазии, если перечисленные нарушения не компенсируются медикотехническими средствами, но и не создают необходимости постоянной посторонней помощи и ухода.

ФК 4 – резко выраженное нарушение ориентации, возникает при полном или резко выраженном нарушении зрительной системы ориентации (слепота или снижение зрения на оба глаза до 0,05 с коррекцией, значительном поражении двух систем ориентации, включая зрение (слабовидение и двусторонняя глухота) или системы ориентации и коммуникации (двусторонняя глухота и значительно выраженная моторная афазия), а также при выраженной дезориентации в связи с психическими заболеваниями или сенсорной афазией, если эти нарушения не могут быть компенсированы.

Общение – способность человека устанавливать контакты с другими людьми и поддерживать привычные общественные взаимоотношения.

Коммуникация – способность распространять, воспринимать и понимать сообщения с помощью средств коммуникации.

Основным средством коммуникации является речь, вспомогательными – чтение и письмо; коммуникация может осуществляться как с помощью вербальных (словесных), так и невербальных символов. Помимо сохранности речи коммуникация требует сохранности систем ориентации (слуха и зрения). Другим условием общения служит нормальное состояние психической деятельности и психологических особенностей личности.

Социальная интеграция – сложный многоплановый процесс установления и развития всех форм контактов между людьми, порожденных потребностью в совместной деятельности.

Общение является средством передачи форм культуры и опыта, обучения, организации производственной, научной и др. видов деятельности, формирования психической и эмоционально-волевой сферы человека. Именно в таком широком понимании общение характеризует способность к интеграции в общество, а его нарушение приводит к социальной недостаточности.

Параметрами для характеристики общения служит оценка возможностей контактов с расширяющимся кругом лиц; с ближайшими родственниками, друзьями, соседями, коллегами, с новыми людьми.

ФК 0 – нормальное общение (социально интегрированные лица), способность участвовать во всех обычных общественных взаимоотношениях.

ФК 1 – легкое ограничение общения – сдерживаемые контакты (из-за психологических особенностей личности). Легкое нарушение речи (заикание, легкая моторная афазия).

ФК 2 – умеренное нарушение общения, невозможность устанавливать и поддерживать новые контакты при сохранности устоявшихся контактов – пониженное общение: при легких психических нарушениях, тяжелых психологических расстройствах, психопатизации личности, патологической некоммуникабельности, чрезмерной застенчивости и др.), при умеренных речевых нарушениях.

ФК 3 – значительное нарушение общения, нарушение устоявшихся контактов (друзья, соседи, коллеги) при сохранности отношений со значимыми людьми (ближайшие родственники) – обедненное общение: выраженные психические нарушения, полная моторная и сенсорная афазия, невозможность невербального общения у глухонемых с детства в связи с безграмотностью или необученностью, в том числе необученностью при острой двусторонней глухоте.

ФК 4 – резко выраженное нарушение и невозможность общения, затруднения в поддержании контактов даже с близкими родственниками или полная невозможность поддержания отношений с другими людьми – значительно и резко выраженные психические нарушения и сенсорная афазия.

Установить функциональный класс нарушений ориентации в зависимости от имеющихся ограничений жизнедеятельности на конкретных примерах и занести результаты в протокол.

#### **Задание 1.**

Реабилитант А., после перенесенного инсульта не смогла вернуться к прежней работе филолога, из-за нарушений в артикуляции, выражающихся затруднением в произношении длинных фраз.

#### **Задание 2.**

Реабилитант Б., имеет врожденный дефект артикуляционного аппарата, вследствие родовой травмы. Находился на домашнем обучении, умственные способности и ориентация в пространстве не нарушена. Занимается надомным трудом по изготовлению вязаных изделий. Определить функциональный класс нарушений ориентации.

### **Задание 3.**

Реабилитант В., после операции по поводу опухоли голосовых связок может невнятно произносить короткие фразы, к прежней работе инженера вернуться не смог. Определить функциональный класс нарушений ориентации.

### **Задание 4.**

Реабилитант Г., глухонемой, обучался в специализированной школе, работает сборщиком электрооборудования. Определить функциональный класс нарушений ориентации.

### **Задание 5.**

Реабилитант Д., страдает тугоухостью на правое ухо, имеет легкое снижение способности к общению с окружающими. Определить функциональный класс нарушений ориентации.

### **Задание 6.**

Реабилитант Е., опухоль в области мозжечка, имеет выраженные ограничения ходьбы, поддержания позы, нуждается в помощи окружающих для решения повседневных бытовых задач. Определить функциональный класс нарушений ориентации.

### **Задание 7.**

Реабилитант Ж., неспособность к коммуникации с окружающими из-за сенсорной афазии после открытой черепно-мозговой травмы, резкое снижение остроты зрения. Определить функциональный класс нарушений ориентации.

## **Практическое занятие № 3**

### **Принципы и тактика медико-социальной экспертизы при проведении реабилитации**

#### Цели занятия:

Сформировать понятие о медико-социальной экспертизе при проведении реабилитации.

Научиться устанавливать функциональные классы нарушений способности к обучению и способности к труду в зависимости от имеющихся ограничений жизнедеятельности.

Материальное оснащение: методические рекомендации для самоподготовки и выполнения практических занятий по реабилитологии.

#### Вопросы для аудиторного контроля по теме занятия:

1. Значение медико-социальной экспертизы.
2. Оценка степени выраженности отдельных нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности у реабилитанта.
3. Изучение профессионального маршрута реабилитанта.
4. Изучение социального статуса реабилитанта.
5. Изучение бытового статуса реабилитанта.

Тема для реферативного сообщения: Исторический аспект становления медицинской реабилитации.

**Практическая часть занятия**  
**Определение функциональных классов нарушений способности к обучению и способности к труду в зависимости от имеющихся ограничений жизнедеятельности**

Способность к обучению – способность воспринимать, усваивать и накапливать передаваемые знания, формировать опыт, умения и навыки. Способность к обучению – одна из важнейших интегративных форм жизнедеятельности. Она зависит от состояния психических функций: интеллекта, памяти, внимания, ясности, сознания, мышления и сохранности систем коммуникации, речи – устной и письменной и ориентации (зрение и слух). Способность к обучению нарушается при заболеваниях многих и разных органов и систем. Из всех критериев жизнедеятельности нарушение способности к обучению имеет наибольшую социальную значимость в детском возрасте, оно эквивалентно нарушению способности к труду у взрослых и является самой частой причиной социальной недостаточности ребенка.

Параметрами для оценки способности к обучению служат:

1. Возможность обучения в общеобразовательной или в специальной школе (либо на дому).
2. Обучение по программе общеобразовательной или специальной школы.
3. Сроки обучения.
4. Необходимость использования специальных вспомогательных средств обучения.

ФК 0 – нормальное обучение, получение образования способом и в рамках, обычных для ребенка.

ФК 1 – легкое ограничение способности к обучению, возможность обучения в обычном учебном заведении при наличии затруднений, вызывающих необходимость временного освобождения от отдельных предметов (по заключению ВКК), периодического непосещения занятий из-за обострений или необходимости курсового лечения.

ФК 2 – умеренное ограничение способности к обучению, обучение с регулярным использованием серьезных технических средств, обучение в специальной школе или в специальном классе общеобразовательной школы с обычным сроком обучения или незначительным его удлинением – на 1 год (школы слабослышащих, слабовидящих, детей со сколиозом).

ФК 3 – значительное нарушение способности к обучению, возможность обучения только в специальных школах-интернатах с использованием специальных приемов, методов и средств обучения и значитель-

ном удлинении сроков обучения (школы для глухих, слепых), сокращением программы (вспомогательные спецшколы для умственно отсталых детей), а также обучение дома (вне зависимости от объема программы).

ФК 4 – невозможность обучения.

Способность к труду (трудоспособность) – критерии оценки трудоспособности.

ФК 0 – трудоспособность полностью сохранена.

ФК 1 – незначительное ограничение трудоспособности (трудоустройство по ВКК).

ФК 2 – значительное ограничение трудоспособности (инвалидность 3 группы).

ФК 3 – возможность труда только в специально созданных условиях (инвалидность II группы).

ФК 4 – невозможность труда (инвалидность I группы).

Установить функциональный класс нарушений способности к обучению и способности к трудовой деятельности в зависимости от имеющихся ограничений жизнедеятельности на конкретных примерах и занести результаты в протокол.

#### **Задание 1.**

Реабилитант А., 6,5 лет, прогрессирующий сколиоз III степени. Определить функциональный класс нарушений способности к обучению.

#### **Задание 2.**

Реабилитант Б., 9 лет, полная утрата зрения вследствие атрофии зрительного нерва. Нуждается в постоянной помощи в быту. Определить функциональный класс нарушений способности к обучению.

#### **Задание 3.**

Реабилитант В., программист, нетрудоспособен в течение 120 дней, вследствие перелома со смещением обеих лодыжек левой голени (состояние после металлоостеосинтеза). На рентгенограмме – полная консолидация костей. Подвижность в голеностопном суставе ограничена. Определить функциональный класс нарушений способности к трудовой деятельности.

#### **Задание 4.**

Реабилитант Г., базовое образование получил в специализированной школе-интернате для слепых детей, полная утрата зрения. Определить функциональный класс нарушений способности к трудовой деятельности.

## **Практическое занятие № 4**

### **Контингенты, нуждающиеся в реабилитационной помощи**

#### Цели занятия:

Познакомиться с контингентами, которые нуждаются в реабилитационной помощи.

Воспитывать чувство гордости за достижения Республики Беларусь в области медицинской реабилитации.

Материальное оснащение: методические рекомендации для самоподготовки и выполнения практических занятий по реабилитологии.

Вопросы для аудиторного контроля по теме занятия:

1. Контингенты, нуждающиеся в реабилитационной помощи.
2. Реабилитация больных в период временной нетрудоспособности.
3. Реабилитация часто и длительно болеющих.
4. Реабилитация прединвалидов.
5. Реабилитация инвалидов.
6. Реабилитационный потенциал.

Тема для реферативного сообщения: История развития реабилитологии.

В тетради для практических работ необходимо оформить протокол практического занятия по схеме, предложенной в конце методических рекомендаций.

### **Практическая часть занятия**

#### **Определение реабилитационного потенциала**

Введение экспертно-реабилитационного процесса в практику медико-социальной экспертизы в Республике Беларусь и реализация на практике технологии медицинской реабилитации требует выработки и внедрения четких установок при определении целей реабилитации и планировании реабилитационных программ, а также оценке их эффективности.

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

Реабилитационный потенциал (РП) больного или инвалида – показатель, оценивающий на основе комплекса медицинских, психологических и социальных факторов реальные возможности восстановления нарушенных функций и способностей организма, в том числе участия в трудовой деятельности. Оценка РП должна учитывать возможности обратимости и (или) компенсированности функциональных нарушений, психологическую готовность больного или инвалида к реабилитации, наличие и степень выраженности сопутствующих заболеваний, возможности компенсации патологии при помощи технических средств, а также возможность сохранения имеющегося уровня патологии при прогрессирующем течении процесса. Определение РП базируется на комплексной оценке трех групп факторов.



Медицинские факторы:

- клиническое течение заболевания (характер заболевания, степень выраженности последствий основного и сопутствующих заболеваний, частота обострений, эффективность лечения и потребность в курсовом поддерживающем лечении для стабилизации патологического процесса, возможности обратного развития заболевания);

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

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

Психологические факторы:

- психологические особенности личности реабилитанта;

- определение установки на продолжение трудовой деятельности или возможность ее коррекции;

- адекватное отношение к болезни и лечению.

Социальные факторы:

- место жительства реабилитанта;

- уровень и разносторонность образования и профессиональной подготовки;

- профессиональная пригодность в основной профессии, наличие других квалифицированных специальностей;

- возможность приобретения другой, показанной по состоянию здоровья профессии (при профессиональной непригодности в основной профессии);

- наличие условий для рационального трудоустройства;

- экономическое положение реабилитанта и его семьи.

С учетом вышеизложенных медицинских, психологических и социальных факторов определяется РП: высокий, средний или низкий.

Определить реабилитационный потенциал на конкретных примерах и занести результаты в протокол.

#### **Задание 1.**

Реабилитант А., 47 лет, машинист тепловоза, женат, имеет двоих детей. Состояние после обширного инфаркта миокарда. Продолжение трудовой деятельности по основной профессии невозможно. Отношение к болезни адекватное. Определить реабилитационный потенциал.

#### **Задание 2.**

Реабилитант Б., 42 года, секретарь-референт, живет с дочерью. Полгода назад овдовела, состояние глубокой депрессии. Лечилась в отделении пограничных состояний психиатрической больницы. К работе вернуться не смогла. Определить реабилитационный потенциал.

### **Задание 3.**

Реабилитант В., 46 лет, в прошлом – учитель, одинока. Страдает тяжелой формой шизофрении. Социально не опасна. Определить реабилитационный потенциал.

## **Практическое занятие № 5** **Основные методы физической реабилитации** **(Конференция)**

### Цели занятия:

Изучить методы физической реабилитации.

Воспитывать чувство гордости за достижения Республики Беларусь в области медицинской реабилитации.

Материальное оснащение: методические рекомендации для самоподготовки и выполнения практических занятий по реабилитологии.

### Вопросы для аудиторного контроля по теме занятия:

1. Лечебная физкультура.
  2. Массаж.
  3. Аппаратная физиотерапия.
  4. Бальнеотерапия.
  5. Климатотерапия.
  6. Талассотерапия.
  7. Иглорефлексотерапия.
  8. Мануальная терапия.
  9. Гипербарическая оксигенация.
  10. Гипобарическая терапия.
- Просмотр учебного фильма «Классический массаж».

## **Практическое занятие № 6** **Эрготерапия. Трудотерапия**

### Цели занятия:

Сформировать понятие о трудотерапии и ее влиянии на физиологические и психические процессы.

Изучить этапы воспитания трудовых навыков.

Закрепить навыки определения реабилитационного потенциала.

Материальное оснащение: методические рекомендации для самоподготовки и выполнения практических занятий по реабилитологии.

Вопросы для аудиторного контроля по теме занятия:

1. Понятие «эрготерапия» и «трудотерапия».
2. Цели и задачи трудотерапии.
3. Отличие трудотерапии от лечебной физкультуры.
4. Дозировка и режимы трудотерапии.
5. Этапы воспитания трудовых навыков.
6. Показания и противопоказания к трудотерапии.

Тема для реферативного сообщения: Система подготовки кадров реабилитационной службы в Республике Беларусь.

### **Практическая часть занятия**

#### **Определение реабилитационного потенциала (см. занятие № 4)**

##### **Задание 1.**

Реабилитант А., 41 год, машинист трамвая, женат, имеет двоих детей. Состояние после обширного инфаркта миокарда. Продолжение трудовой деятельности по основной профессии невозможно. Отношение к болезни адекватное. Определить реабилитационный потенциал.

##### **Задание 2.**

Реабилитант Б., 42 года, секретарь-референт, живет с дочерью. Полгода назад овдовела, состояние глубокой депрессии. Лечилась в отделении пограничных состояний психиатрической больницы. К работе вернуться не смогла. Определить реабилитационный потенциал.

##### **Задание 3.**

Реабилитант В., 47 лет, в прошлом – педагог, одинока, детей нет. Страдает тяжелой формой шизофрении. Социально не опасна. Определить реабилитационный потенциал.

### **Практическое занятие № 7**

#### **Принципы формирования индивидуальной программы реабилитации**

Цели занятия:

Изучить принципы формирования индивидуальной программы реабилитации.

Сформировать понятие о социальной дезадаптации и качестве жизни больного.

Материальное оснащение: методические рекомендации для самоподготовки и выполнения практических занятий по реабилитологии.

Вопросы для аудиторного контроля по теме занятия:

1. Характеристика ИПР.
2. Принцип формирования ИПР.

3. Реабилитация с учетом характера патологического процесса, степени выраженности функциональных нарушений, инвалидизации, социальной дезадаптации и качества жизни больного.

Тема для реферативного сообщения: Медицинская реабилитация.

**Практическая часть занятия**  
**Заполнение бланка индивидуальной программы реабилитации**  
**инвалида (раздел социальной реабилитации)**

**ИНСТРУКЦИЯ**

к заполнению бланка индивидуальной программы реабилитации  
инвалида (раздел социальной реабилитации).

Индивидуальная программа социальной реабилитации инвалида составляется для реализации мероприятий социальной реабилитации, направленных на устранение социальной недостаточности.

Индивидуальная программа социальной реабилитации инвалида заполняется методом подчеркивания подходящего значения из предложенных либо вписывания нужной информации в отведенное место.

Реквизит «Дата составления ИПР» – вписывается дата составления индивидуальной программы реабилитации.

Реквизит «МРЭК» – вписывается наименование и адрес МРЭК, формирующий ИПР.

Реквизиты «Фамилия, имя, отчество»; «Домашний адрес»; «Пол»; «Возраст» вписываются в соответствующие строки согласно паспортным данным.

Реквизит «Диагноз и код болезни по МКБ-10» – вписываются диагнозы основного и сопутствующих заболеваний в соответствии с письмом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 03.08.1989, № 03-3-12/2181, «Методика учета общей заболеваемости населения» и в соответствии с Международной статистической классификацией МКБ-10 (приказ Минздрава Республики Беларусь от 21.08.1999 г., № 296 «О переходе всех учреждений здравоохранения Республики Беларусь на Международную статистическую классификацию МКБ-10).

Реквизит «Инвалидность» – подчеркивается нужный показатель.

Реквизит «Ребенок-инвалид» – подчеркивается показатель, характеризующий степень утраты здоровья у ребенка в соответствии с рекомендациями «Методического письма по определению степени утраты здоровья детям-инвалидам», утвержденное Министерством здравоохранения Республики Беларусь 08.10.1999, № 04-2-4.

Реквизит «Общая продолжительность инвалидности» – вписывается показатель (число лет) продолжительности инвалидности в соответствии с данными «Дела освидетельствования инвалида».

Реквизит «Причина инвалидности» – подчеркиваются нужные показатели.

Реквизит «Социально-бытовой статус инвалида» – подчеркиваются и вписываются сведения, подтвержденные документально.

При заполнении раздела «Рекомендуемые виды социальной помощи и услуг» назначения по пунктам 1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 5 вписываются специалистами органов социальной защиты населения.

По пункту 1 «Консультативно-информационные услуги» инвалид информируется специалистами МРЭЖ о возможности получения консультативно-реабилитационных услуг (получение информации о правах на социальную помощь, о формах и условиях ее получения, о социальных структурах и специалистах, способных оказать помощь).

Реквизиты 2.1 «Средства реабилитации, предоставляемые органами по труду и социальной защите, в соответствии с Гос. реестром технических средств реабилитации, выделяемых инвалидам бесплатно или на льготных условиях; 2.1.1 «Протезно-ортопедические изделия»; 2.1.2 «Средства передвижения и изделия, используемые инвалидами при передвижении»; 2.1.3 «Реабилитационные приспособления»; 2.1.4 «Средства реабилитации для инвалидов вследствие нарушений органов слуха и зрения»; 3 «Обустройство жилья» – вписываются специалистами МРЭЖ в соответствии с «Инструкцией о порядке обеспечения техническими средствами (утвержденной постановлением Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 21.03.02, № 36).

По пунктам 2.2 «Дневное пребывание в учреждениях социального обслуживания»; 2.3 «Обслуживание в стационарных учреждениях социального обслуживания»; 2.4 «Социальное обслуживание на дому»; 2.5 «Другие виды социальных услуг» – инвалид информируется специалистами МРЭЖ об аспекте и объеме социально-реабилитационных услуг, оказываемых в учреждениях системы социальной защиты населения.

Реквизит «Санаторное лечение по медицинским показаниям» – вписываются соответствующие рекомендации.

В графе «Отметка о назначении, рекомендовано МРЭЖ» в строке, соответствующей назначению, составленному МРЭЖ, вносится отметка в виде «+».

Реквизит «Подпись реабилитанта о согласии с ИПР» – подписывается инвалидом при согласии с программой социальной реабилитации и ставится дата ознакомления с данной программой.

Строки отрывного талона к ИПР (социальной): ФИО, наименование и адрес МРЭЖ, составившей ИПР, дата составления ИПР – заполняются МРЭЖ.

Сведения о назначениях, показанных инвалиду, видах социальной помощи и услуг, датах их назначения и выполнения, месте выполнения в отрывном талоне заполняются специалистами органов социальной защиты населения.

Отрывной талон к ИПР (социальной) № \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Составлена в МРЭК \_\_\_\_\_

Адрес МРЭК \_\_\_\_\_

Дата составления ИПР \_\_\_\_\_

Дата выполнения ИПР \_\_\_\_\_

**Направляется в территориальные  
отделения социальной защиты,  
центры социальной реабилитации**

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ  
ИНВАЛИДА № \_\_\_\_\_

Дата составления \_\_\_\_\_ МРЭК \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Домашний адрес, телефон \_\_\_\_\_

1. Пол: мужской, женский. 2. Возраст (год рождения) \_\_\_\_\_

3. Диагноз и код болезни по МКБ 10: \_\_\_\_\_

4. Инвалидность: I группа, II группа, III группа \_\_\_\_\_

5. Ребенок инвалид: степень утраты здоровья I, II, III, IV \_\_\_\_\_

6. Общая продолжительность инвалидности \_\_\_\_\_

7. Причина инвалидности:

общее заболевание; профессиональное заболевание; трудовое увечье; заболевание, вызванное катастрофой на ЧАЭС; инвалидность, связанная с военной службой; военная травма; заболевание, полученное при исполнении обязанностей военной службы, в том числе в связи с катастрофой на ЧАЭС; заболевание, полученное в период военной службы; инвалидность с детства, в том числе вызванная боевыми действиями в период ВОВ; катастрофой на ЧАЭС.

8. Социально-бытовой статус инвалида:

одиноким, одиноко проживающим, семейным (число членов семьи \_\_\_\_\_), кормилец (число иждивенцев, иждивенец, сирота, другой статус \_\_\_\_\_).

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ВИДЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ И УСЛУГ

№ п/п	Виды и мероприятия социальной помощи	Отметка о назначении рекомендовано		Отметка о назначении и выполнении		
		МРЭК	органами социальной защиты	дата назначения	дата выполнения	место выполнения
1.	<b>Консультативно-информационные услуги:</b> 1.1. _____ 1.2. _____ 1.3. _____			1.1. _____ 1.2. _____ 1.3. _____		
2.	<b>Социально-реабилитационные услуги:</b> 2.1. Средства реабилитации, предоставляемые органами по труду и социальной защите, в соответствии с Государственным Реестром технических средств реабилитации, выделяемых инвалидам бесплатно или на льготных условиях. 2.1.1. Протезно-ортопедические изделия _____ 2.1.2. Средства передвижения и изделия, используемые инвалидами при передвижении _____ 2.1.3. Реабилитационные приспособления _____ 2.1.4. Средства реабилитации для инвалидов вследствие нарушений органов слуха и зрения _____ 2.2. Дневное пребывание в учреждениях социального обслуживания _____ 2.3. Обслуживание в стационарных учреждениях социального обслуживания _____ 2.4. Социальное обслуживание на дому _____ 2.5. Другие виды социальных услуг _____			2.1.1. _____ 2.1.2. _____ 2.1.3. _____ 2.1.4. _____ 2.2. _____ 2.3. _____ 2.4. _____ 2.5. _____		
3.	Обустройство жилья (вписать) _____			3. _____		
4.	Санаторное лечение по медицинским показаниям _____			4. _____		
5.	Другое _____			5. _____		

Линия отрыва

Подпись реабилитанта о согласии с ИПР \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

## **Практическое занятие № 8**

### **Формы организации реабилитации**

#### Цели занятия:

Изучить формы терапевтического воздействия на различных этапах реабилитации.

Сформировать понятие об организации восстановительного лечения в учреждениях здравоохранения и во внебольничных условиях.

Материальное оснащение: методические рекомендации для самоподготовки и выполнения практических занятий по реабилитологии.

#### Вопросы для аудиторного контроля по теме занятия:

1. Понятие о комплексном проведении реабилитационных мероприятий.
2. Стационарный этап реабилитации.
3. Амбулаторно-поликлинический этап реабилитации.
4. Домашний этап реабилитации.
5. Критерии отбора к тому или иному этапу реабилитации.

Темы для реферативных сообщений: Организация восстановительного лечения в специализированных санаториях и диспансерах. Реабилитация во внебольничных условиях.

Просмотр учебного фильма «Лечебная физкультура и массаж».

## **Практическое занятие № 9**

(семинар)

### **Специфические проблемы реабилитации (абилитации) детей-инвалидов**

#### Цели и задачи занятия:

Изучить особенности реабилитации незрячих и слабовидящих, детей с нарушениями слуха и речи и при слепоглухонемоте.

Материальное оснащение: методические рекомендации для самоподготовки и выполнения практических занятий по реабилитологии.

#### Вопросы для аудиторного контроля по теме занятия:

1. Понятие о комплексном проведении реабилитационных мероприятий при ДЦП.
2. Особенности реабилитации и обучения детей с нарушением зрения.
3. Врожденные и приобретенные нарушения слуха и речи.
4. Реабилитация детей с нарушением слуха и речи.
5. Глухота.
6. Глухонемота.
7. Сурдопедагогика.



8. Особенности реабилитации при слепоглухонемоте.
9. Жестовая речь.
10. Дактилология.

Тема для реферативного сообщения: Методические подходы и особенности обучения слепоглухонемых детей.

В тетради для практических работ необходимо оформить протокол практического занятия по схеме, предложенной в конце методических рекомендаций.

## **Практическое занятие № 10**

### **Формирование индивидуальной программы реабилитации детей при заболеваниях и повреждениях нервной системы**

Цели и задачи занятия:

Сформировать понятие о реабилитации как комплексе медицинских, педагогических, физкультурно-оздоровительных, лечебно-профилактических и социально-правовых мероприятий.

Изучить составляющие процесса реабилитации, основные принципы и аспекты реабилитации при заболеваниях и травмах нервной системы.

Материальное оснащение: нормативные и правовые акты, регламентирующие деятельность службы реабилитации в Республике Беларусь.

Методические рекомендации для самоподготовки и выполнения практических занятий по реабилитологии.

Вопросы для аудиторного контроля по теме занятия:

1. Цель индивидуальной программы реабилитации.
2. Этапы определения реабилитационной программы.
3. Принципы формирования индивидуальной программы реабилитации.
4. Детский церебральный паралич.
5. Клинические проявления детского церебрального паралича.
6. Основы комплексной реабилитации детей с детским церебральным параличом.

Тема для реферативного сообщения: Комплексная реабилитация при неврозах.

### **Практическая часть занятия**

#### **Индивидуальная программа реабилитации**

Индивидуальная программа реабилитации – комплекс оптимальных для каждого конкретного инвалида реабилитационных мероприятий.

ИПР составляется на основе полученных данных предварительного обследования и всестороннего анализа состояния пациента, оценки микро-

и макросреды с учетом конкретных возможностей службы реабилитации по отношению к данному больному.

ИПР должна определять объемы, виды и сроки проведения реабилитационных мероприятий, а также необходимые виды социальной помощи.

#### Цели индивидуальной программы реабилитации:

1. Устранение обратимых функциональных последствий заболевания или травмы.
2. Физиологическая, психологическая и техническая компенсация не полностью обратимых или необратимых функциональных последствий.
3. Устранение или уменьшение тяжести бытовых последствий за счет адаптации жилья и использования помощи семьи или других людей.
4. Психологическая и физиологическая адаптация к конкретной трудовой деятельности на сниженном функциональном уровне при условии исходной установки на труд.

#### Этапы определения реабилитационной программы:

1. Проведение реабилитационно-экспертной диагностики. Тщательное обследование больного или инвалида и определение его реабилитационного диагноза служат той основой, на которой строится последующая программа реабилитации. Обследование включает в себя сбор жалоб и анамнеза пациентов, проведение кинических и инструментальных исследований. Особенностью этого обследования является анализ не только степени повреждения органов или систем, но и влияние физических дефектов на жизнедеятельность пациента, на уровень его функциональных возможностей.
2. Определение реабилитационного прогноза, предполагаемой вероятности реализации реабилитационного потенциала в результате проведения лечения.
3. Определение мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, позволяющих пациенту восстановить нарушенные или компенсировать утраченные способности к выполнению бытовой, социальной или профессиональной деятельности.

#### Принципы формирования ИПР:

– Последовательность (определение показаний к реабилитации, установление настоящего состояния пациента при расспросе и клиническом осмотре, а также при психологическом и социальном обследовании, определение целей и задач реабилитации, составление плана реабилитации, проверка эффективности реабилитации, ее коррекция, достижение запланированных целей реабилитации).

– Комплексность (в процессе реабилитации решаются вопросы лечебного, лечебно-профилактического плана, проблемы определения трудоспособности пациента, его трудоустройства, трудового обучения и переквалификации, вопросы социального обеспечения, трудового и пенсионного зако-

нодательства, взаимоотношений пациента и его семьи, общественной жизни).

– Непрерывность (восстановительное лечение проводится начиная с момента возникновения болезни или травмы и вплоть до полного возвращения человека в общество с использованием всех организационных форм реабилитации).

#### Детский церебральный паралич и его клинические проявления

ДЦП – один из наиболее инвалидизирующих заболеваний психоневрологического профиля. ДЦП – это заболевание центральной нервной системы при ведущем поражении двигательных зон и двигательных проводящих путей головного мозга. Для заболевания типичны спазмы мышц нижних конечностей, контрактуры, двигательные нарушения и другие изменения в локомоторном аппарате. Отмечается повышение сухожильных рефлексов, мышечного тонуса (гипертонус), понижение мышечной силы и работоспособности мышц, наличие контрактур, нарушение координации движений, стояния и ходьбы, наличие непроизвольных движений. Нередко при этом заболевании нарушается психика, появляются расстройства со стороны черепно-мозговых нервов (косоглазие, ухудшение зрения, слуха).

#### Основы комплексной реабилитации детей с ДЦП

У детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата и ДЦП из-за двигательных нарушений недоразвитыми оказываются костная, мышечная, эндокринная, сенсорные системы, что приводит к дефициту естественных потребностей ребенка в движении, игре, эмоциях, общении. Кроме того, в двигательной сфере наблюдается отставание в физическом развитии и физической подготовленности.

Методы физиотерапии широко используются на всех этапах лечения и реабилитации детей, больных ДЦП, с целью восстановления функций головного и спинного мозга, периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата, их психоэмоционального развития, укрепления общего состояния. Они относятся к числу методов, которые дают в комплексе с лечебной гимнастикой, массажем, медикаментозной терапией, логопедической, ортопедической, психопедагогической коррекцией.

Физические факторы, влияние которых используется с лечебными и профилактическими целями, делятся на естественные, имеющиеся в природе и используемые обычно в курортных условиях (например, солнечные лучи, лечебные грязи, естественные минеральные воды), и переформированные, т.е. созданные искусственным путем, которые применяются в физиотерапевтических кабинетах, это некоторые виды тепло- и водолечения.

В тетради для практических работ необходимо оформить протокол практического занятия по схеме, предложенной в конце методических рекомендаций.

## **Практическое занятие № 11**

### **Формирование индивидуальной программы реабилитации при заболевании органов дыхания**

#### Цели занятия:

Изучить составляющие процесса реабилитации, основные принципы и аспекты реабилитации при заболевании органов дыхания.

Изучить методику дыхательной гимнастики Стрельниковой и Бутейко.

Материальное оснащение: методические рекомендации для самоподготовки и выполнения практических занятий по реабилитологии.

#### Вопросы для аудиторного контроля по теме занятия:

1. Факторы, вызывающие снижение переносимости физической нагрузки у больных с заболеваниями органов дыхания.
2. Выбор методик медицинской реабилитации в пульмонологии.
3. Физическая реабилитация при заболевании дыхательной системы.
4. Лечебная физкультура и дыхательная гимнастика при заболеваниях органов дыхания.
5. Лекарственная терапия и реабилитация.

Тема для реферативного сообщения: Воздействие на среду обитания как составляющая реабилитационного процесса.

### **Практическая часть занятия**

#### **Формирование индивидуальной программы реабилитации при заболевании органов дыхания**

Пульмонологическая реабилитация – система мероприятий для больного хроническим заболеванием органов дыхания, имеющих клинически значимое течение заболевания и нарушение уровня повседневной активности. Интегрированная в ежедневное лечение, пульмонологическая реабилитация призвана уменьшить проявления болезни.

Факторы, вызывающие снижение переносимости физической нагрузки у больных с заболеваниями органов дыхания:

1. Вентиляционные нарушения.
2. Изменение газообмена (гипоксия вызывает нарушения толерантности к физическим нагрузкам).
3. Изменения со стороны сердца.
4. Дисфункция скелетной мускулатуры.
5. Нарушения работы дыхательных мышц.

Выбор методик медицинской реабилитации в пульмонологии.

Реабилитация включает в себя:

- Адекватную медикаментозную поддержку.
- Аппаратную физиотерапию.
- Респираторную физиотерапию (ингаляции).
- Бальнеотерапию.
- Контролируемые физические нагрузки.
- Респираторную и дренажную гимнастику.
- Массаж.
- Средства психологической поддержки.
- Создание оптимальной благоприятной микросреды.
- Климатолечебные процедуры.
- Лечебное питание.

При построении реабилитационных программ важны выбор адекватных реабилитационных методик, правильная последовательность назначений, их совместимость, определение кратности проведения реабилитационных мероприятий. Необходимо учитывать реальные возможности конкретного учреждения, проводящего медицинскую реабилитацию, а также социальную и экономическую целесообразность ее проведения.

Принципы построения реабилитационных программ:

1. Единство нозологического и синдромно-патогенетического подходов при выборе лечебных методик.
2. Курсовое назначение процедур.
3. Разумная достаточность лечебно-реабилитационных процедур.

Факторы, предопределяющие индивидуальный выбор реабилитационных методик и комплексов:

- Степень тяжести и фаза течения заболевания.
- Сопутствующая патология.
- Совместимость факторов и их взаимодействие.

Главными целями легочной реабилитации являются уменьшение симптомов, улучшение качества жизни и повышение физического и эмоционального участия в ежедневной жизни.

Физическая реабилитация больных при заболевании дыхательной системы.

Физические тренировки уменьшают симптомы болезни и положительно влияют на сердечно-сосудистую систему. Приступая к выполнению физических упражнений, больной должен получать полноценное медикаментозное лечение, носовое дыхание должно быть максимально нормализовано. Тренировки проводят 2–3 раза в неделю продолжительностью до семи недель. Одно занятие длится от 20 до 40 минут в зависимости от исходных физических возможностей пациента и сопутствующих состояний.

Дыхательная гимнастика по методу К.П. Бутейко позволяет управлять дыхательной функцией человека, что дает возможность сразу уменьшить остроту проявления болезни, эффективно предупреждать возможные осложнения, а в дальнейшем полностью избавиться от заболевания без

применения лекарств.

Дыхательная гимнастика по методу А.Н. Стрельниковой. Из четырех функций органов дыхания: дышать, говорить, кричать и петь, пение – самая сложная. Так как все упражнения выполняются одновременно с коротким и резким вдохом через нос (при абсолютно пассивном выдохе), это усиливает внутреннее тканевое дыхание и повышает усвояемость кислорода тканями.

В тетради для практических работ необходимо оформить протокол практического занятия по схеме, предложенной в конце методических рекомендаций.

## **Практическое занятие № 12**

### **Реабилитация больных при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата**

#### Цели занятия:

Изучить этапы медицинской реабилитации, ее основные принципы и методы.

Изучить особенности составления реабилитационных программ при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата.

Материальное оснащение: методические рекомендации для самоподготовки и выполнения практических занятий по реабилитологии.

#### Вопросы для аудиторного контроля по теме занятия:

1. Основные принципы реабилитации.
2. Особенности составления программ реабилитации больным с двигательными нарушениями.
3. Термотерапия.
4. Задачи трудотерапии.
5. Задачи физиотерапии.

Тема для реферативного сообщения: Методика трудотерапии.

### **Практическая часть занятия**

#### **Особенности реабилитации больных при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата**

Основные принципы реабилитации:

1. Возможно раннее начало реабилитационных мероприятий, которые должны органически вливаться в лечебные мероприятия и дополнять их.
2. Непрерывность реабилитации как основа ее эффективности.
3. Комплексный характер реабилитационных мероприятий. В реабилитации должны участвовать не только медицинские работники, но и другие

специалисты.

4. Индивидуальность системы реабилитационных мероприятий. Учитывается течение процесса заболевания, характер людей в различных условиях их деятельности и жизни, что требует строго индивидуального составления реабилитационных программ для каждого больного и инвалида.

#### Особенности составления программ реабилитации больным с двигательными нарушениями

Всем больным с двигательными нарушениями с целью снижения фиксации внимания на дефекте, укрепления веры в выздоровление должна назначаться индивидуальная или групповая психотерапия как один из основных методов медицинской реабилитации.

Основной задачей при реабилитации больных с различной степенью двигательных нарушений являются увеличение мышечной силы, объема движений в суставах, снижение мышечного тонуса. Поскольку больные поступают на реабилитацию в более поздние сроки, основное значение приобретает стимуляция процесса компенсации нарушенных функций. Поэтому особое место в объеме оказываемой реабилитационной помощи данной категории реабилитантов занимает кинезотерапия.

Термотерапия использует наиболее приятный для организма человека физический фактор – тепло. Теплолечение, совокупность физиотерапевтических методов, использующих тепло естественных и искусственных источников. Оно действует мягко и расслабляюще, но оказывает при этом универсальное лечебное действие. Термотерапия обладает успокаивающим, болеутоляющим, противовоспалительным и антиспастическим действием. В целом термотерапия снимает усталость и напряжение, улучшает состояние эмоциональной сферы, уменьшает болевой синдром.

В основе лечебного эффекта трудотерапии лежат систематические упражнения. Трудовые движения стимулируют физиологические процессы и функции внутренних органов. Они мобилизуют волевые импульсы, дисциплинируют больных, создают бодрое настроение, освобождают от навязчивых мыслей, возникающих на почве бездействия, отвлекают больного от «ухода в болезнь». Следует, однако, и предостеречь от злоупотребления трудотерапией, которое может привести к физическому или психическому переутомлению и неблагоприятно сказаться на течении заболевания, а в ряде случаев послужить причиной развития осложнений или рецидива болезни.

Физиотерапия в своем арсенале имеет самые различные аппараты и методы: электрофорез, водолечение и др.

В тетради для практических работ необходимо оформить протокол практического занятия по схеме, предложенной в конце методических рекомендаций.

## **Практическое занятие № 13**

### **Психологическая реабилитация**

#### Цели занятия:

Познакомиться с методами психологической реабилитации.

Воспитывать чувство гордости за достижения Республики Беларусь в области медицинской реабилитации.

Материальное оснащение: учебный фильм «Психологическая реабилитация». Методические рекомендации для самоподготовки и выполнения практических занятий по реабилитологии.

#### Вопросы для аудиторного контроля по теме занятия:

1. Методы и аспекты реабилитации.
2. Психологическая реабилитация.
3. Групповая психотерапия.
4. Индивидуальная психотерапия.
5. Аутотренинг, тренинг.
6. Психодиагностика личности.

В тетради для практических работ необходимо оформить протокол практического занятия по схеме, предложенной в конце методических рекомендаций.

## **Практическое занятие № 14**

### **Музыкотерапия как метод социальной реабилитации**

#### Цели и задачи занятия:

Изучить составляющие процесса реабилитации, основные принципы и аспекты социальной реабилитации.

Формы и виды музыкотерапии.

Материальное оснащение: методические рекомендации для самоподготовки и выполнения практических занятий по реабилитологии.

#### Вопросы для аудиторного контроля по теме занятия:

1. Социальная реабилитация.
2. Методы социальной реабилитации.
3. Формы музыкотерапии.
4. Виды музыкотерапии.
5. Методики музыкотерапии.

Тема для реферативного сообщения: Музыкотерапия.



## **Практическая часть занятия**

### **Музыкотерапия как метод социальной реабилитации**

Музыкотерапия используется в социальной реабилитации лиц, обладающих наркозависимостью (алкоголь, табакокурение), лиц с ограниченными возможностями здоровья (имеющих проблемы со зрением, слухом, развитием интеллекта, опорно-двигательным аппаратом и др.), а также оказавшихся в сложных жизненных ситуациях (сиротство, лишение жилья, тюремное заключение и т.п.).

Существуют две основные формы музыкотерапии: активная и пассивная (рецептивная). Активная музыкотерапия представляет собой – психотерапевтически направленную, активную музыкальную деятельность, заключающуюся в воспроизведении музыкального материала с помощью собственного голоса или каких-либо музыкальных инструментов. Пассивная – предполагает процесс восприятия (слушания) музыки с психотерапевтической целью. Вместе с тем музыкотерапия выступает в двух видах: индивидуальной и групповой. Индивидуальная музыкотерапия применяется в рамках интимно-доверительных отношений между клиентом и психотерапевтом. Групповая музыкотерапия используется тогда, когда в центре внимания находятся особенности коммуникативного поведения клиента и его переживаний, связанных с этим поведением.

Успешность социально-реабилитационной работы на основе музыкотерапии обеспечивается гармонизирующим, социально-адаптационным воздействием музыки на человека.

В тетради для практических работ необходимо оформить протокол практического занятия по схеме, предложенной в конце методических рекомендаций.

### **Практическое занятие № 15**

#### **Иппотерапия как метод реабилитации детей с особенностями психофизического развития**

##### Цели и задачи занятия:

Изучить составляющие процесса реабилитации, основные принципы и аспекты реабилитации.

Изучить организацию службы реабилитации в Республике Беларусь. Сформировать понятие об этапах реабилитации.

Иппотерапия как метод реабилитации.

Материальное оснащение: методические рекомендации для самоподготовки и выполнения практических занятий по реабилитологии.

Вопросы для аудиторного контроля по теме занятия:

1. Этапы реабилитации.
2. Амбулаторно-поликлинический этап реабилитации.
3. Домашний этап реабилитации.
4. Критерии отбора к тому или иному этапу реабилитации.
5. Иппотерапия как метод реабилитации при различных заболеваниях.

Тема для реферативного сообщения: Сказкотерапия как метод реабилитации.

**Практическая часть занятия.**

**Иппотерапия как метод реабилитации детей с задержкой психофизического развития**

Иппотерапия – это оздоровительная реабилитационная и лечебная верховая езда – универсальная коррекционная методика для детей с различными особенностями психофизического развития.

Существует два направления лечебно-реабилитационного воздействия иппотерапии: физическая реабилитация, когда специально подобранные комплексы упражнений тренируют определенные мышцы, и психологическая реабилитация, т.е. коррекция психоэмоциональной сферы. Иппотерапия развивает физическую активность ребенка, способствует восстановлению нарушенных функций, улучшает или восстанавливает утраченные навыки, помогает формировать новые навыки. По своей сути лечебная верховая езда – это особая форма лечебной физкультуры, в качестве спортивного снаряда в которой выступает лошадь, живое существо. При верховой езде как нигде более обеспечивается одновременное включение в работу практически всех групп мышц тела больного ребенка. Происходит это рефлекторно, поскольку двигаясь вместе с лошадью и на лошади, всадник вынужден стараться сохранить равновесие, чтобы не упасть. Кроме того, ребенок испытывает огромное желание сесть на лошадь, почувствовать себя всадником, преодолеть страх, обрести уверенность в своих силах, проявить волю и решительность.

Использование метода иппотерапии в реабилитации детей с различными нарушениями умственного развития уменьшает чувство тревоги, способствует достижению самостоятельности. Лошадь требует постоянно к себе внимания, и за счет этого возрастают способности человека адаптироваться к реальности.

Есть дети, поведение которых в школе, семье отклоняется от общепринятых норм – неуправляемые дети. Вне зависимости от состояния интеллекта они чувствуют себя неудачниками, готовы к проигрышу. Такой ребенок ощущает глубокое уныние, упадок духа, у него бывают приступы дурного настроения. Девиантное поведение может быть попыткой привлечь к себе внимание, доказать себе и окружающим собственную значи-

мость, или, напротив, отомстить за свои неудачи. Работа в конюшне, содержание в порядке снаряжения, участие в общем труде дает ребенку с нарушением поведения возможность приобщиться к жизни команды и получить удовлетворение от хорошо выполненной работы.

Для детей с задержкой психического развития, интеллектуальное развитие которых снижено и не соответствует возрасту, верховая езда – это шанс обрести веру в себя. И несмотря на то, что часто эти дети неуклюжи, понимание сложных инструкций у них нарушено и отсутствует чувство опасности, они могут и хотят ездить на лошади, постепенно приближаясь в этом виде спорта к уровню нормального ребенка.

Умственно отсталые дети и подростки испытывают наибольшие затруднения в понимании причинно-следственных отношений, их мышление конкретно, им крайне сложно перенести усвоенный опыт решения задачи в новые условия, они плохо понимают речь окружающих. Конечно, в обычной жизни их не привлекают к участию в спортивных играх, состязаниях; вся их жизнь сопровождается тяжелым ощущением неполноценности. Верховая езда в какой-то мере компенсирует эту ситуацию, дает им возможность добиваться успехов, подружиться с доброй, отзывчивой на ласку лошадью, причем речевое общение для этой дружбы не нужно. Социальные аспекты верховой езды представляют огромные возможности для воспитания и закрепления хороших манер, учат слушаться инструктора, употреблять для общения речь, побеждать и проигрывать.

Верховая езда поможет ребенку при заболевании атаксией (тяжелое нарушение координации движений), которая проявляется в неустойчивой походке, треморе рук и может сопутствовать детскому церебральному параличу, рассеянному склерозу. Поскольку такое заболевание развивает чувство неуверенности, незащищенности, постоянный страх упасть, ребенка будут учить преодолевать страх, медленно воспитывая веру в себя.

ДЦП – тяжелое заболевание центральной нервной системы, при котором ребенку трудно управлять руками и ногами, нередко это дети со сниженным интеллектом. Но и для детей с нормальным интеллектом общение связано с огромными трудностями. Даже самые простые движения для ребенка с ДЦП – это тяжелая работа, приобретение какого-либо навыка – огромная победа над собой. Постоянно тренируя непослушные мышцы, удерживая конечности в определенных положениях, всадник, страдающий ДЦП, может справиться с многими бесполезными произвольными движениями. Если всадник с помощью инструктора сядет в седло наиболее удобным для себя образом, ему будет легче управлять мышцами головы и спины, и с течением времени они станут сильнее. Ребенку с ДЦП бывает трудно держать гладкие поводья, поэтому применяются поводья с поперечинами или узлами (узелковые поводья), а специальные стремяна позволяют ногам не соскальзывать.

Верховая езда возможна даже для детей с нарушением зрения и слу-

ха или их потерей. Только способы обучения у таких детей разные: для глухих детей эффективно использование метода подражания, для слепых – четкие инструкции и многократное повторение. Слепым детям также необходимо, чтобы инструктор рассказывал и описывал то, что он видит вокруг. Детям с нарушениями слуха и зрения трудно дается самостоятельная деятельность, они часто чувствуют себя неуспешными. Верховая езда дает таким детям то, чего они часто лишены: эмоциональную приподнятость, радостное волнение при достижении цели.

С помощью квалифицированных инструкторов и специальных приспособлений верховая езда возможна при мышечной дистрофии, при параличе ног и даже при отсутствии конечностей. Этим детям верховая езда особенно радует, так как они обретают недоступную обычно свободу движения. У каждого такого ребенка свои проблемы, поэтому необходима предварительная консультация с физиотерапевтом, который посоветует, как с ними справляться. Если инструктор-иппотерапевт последует этим рекомендациям, всадник будет чувствовать себя уверенно, у него окрепнет вера в свои физические возможности. Животные, которые участвуют в иппотерапии, не боятся шума, криков, резких движений, они абсолютно здоровы, спокойны, благодушны и никогда не причинят вреда всаднику.

В тетради для практических работ необходимо оформить протокол практического занятия по схеме, предложенной в конце методических рекомендаций.

## **Практическое занятие № 16**

### **Реабилитация больных при заболевании органов кровообращения**

#### Цели и задачи занятия:

Изучить составляющие процесса реабилитации, основные принципы и аспекты реабилитации.

Изучить организацию службы реабилитации в Республике Беларусь.

Сформировать понятие об этапах реабилитации.

Изучить схему оказания реабилитационной помощи.

Материальное оснащение: методические рекомендации для самоподготовки и выполнения практических занятий по реабилитологии.

#### Вопросы для аудиторного контроля по теме занятия:

1. Этапы медико-социальной реабилитации. Стационарный этап ранней медицинской реабилитации.
2. Амбулаторно-поликлинический этап реабилитации.
3. Реабилитационные мероприятия.
4. Критерии отбора к тому или иному этапу реабилитации.

Тема для реферативного сообщения: Система подготовки кадров для реабилитационной службы в Республике Беларусь и за рубежом.

### **Практическая часть занятия**

#### **Реабилитация больных при заболевании органов кровообращения**

Схема оказания реабилитационной помощи на примере больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

Первый этап – стационарный. Основная цель – проведение ранней реабилитации больных в острой фазе заболевания. Реабилитация осуществляется сразу же после стабилизации жизненно важных функций организма.

План реабилитации включает:

1. Базисную и дифференцированную терапию.
2. ЛФК (лечение положением, активные движения здоровыми ногами).
3. Массаж.
4. Психотерапия.
5. Физиотерапия.
6. Логопедическая помощь.
7. Обучение основам самообслуживания.

В соответствии с индивидуальным планом реабилитации больного на этом этапе лечащий врач привлекает к реабилитационному процессу врачей: физиотерапевта, психотерапевта, психолога, реабилитолога, логопеда.

Второй этап – амбулаторно-поликлинический. Этот этап показан больным, у которых имеется необходимость в поддержании достигнутого уровня работоспособности, частично сохранены коммуникабельность и мобильность.

Основная цель на данном этапе – дальнейшая нормализация функционального состояния, адаптация к физическим нагрузкам, восстановление нарушенных способностей.

В индивидуальную программу реабилитации включаются:

1. Лечебная физкультура.
2. Физиолечение.
3. Массаж, гидромассаж.
4. Иглорефлексотерапия.
5. Мануальная терапия.
6. Лечебное питание.
7. Фитотерапия.

В тетради для практических работ необходимо оформить протокол практического занятия по схеме, предложенной в конце методических рекомендаций.

## Практические навыки по дисциплине «Реабилитология»

**Задание 1. Определить функциональный класс двигательных нарушений.** Реабилитант А., после перенесенного инфаркта миокарда приступил к прежней работе в качестве учителя физики. На работу и с работы ходит пешком с кратковременными остановками, преодолевая расстояние в 2 км. Поднимается на 4 этаж, останавливаясь между каждым из этажей.

**Задание 2. Определить функциональный класс двигательных нарушений.** Реабилитант Б., после перенесенного инсульта передвигается по квартире с трудом, на улицу не выходит. Нуждается в помощи для входа и выхода из ванны, приема пищи.

**Задание 3. Определить функциональный класс двигательных нарушений.** Реабилитант В., плотник, после ампутации IV, V пальцев правой руки на уровне средней фаланги, свободно передвигается по помещению и на улице, полностью себя обслуживает. Испытывает затруднения в использовании рабочего инструмента.

**Задание 4. Определить функциональный класс двигательных нарушений.** Реабилитант Г., с метастазами в поясничный отдел позвоночника, передвигается в пределах квартиры в инвалидной коляске, в которую его усаживают родственники. Функции мочеиспускания и дефекации нарушены.

**Задание 5. Определить функциональный класс нарушений ориентации.** Реабилитант А., после перенесенного инсульта, не смогла вернуться к прежней работе филолога из-за нарушений в артикуляции, выражающихся затруднением в произношении длинных фраз.

**Задание 6. Определить функциональный класс нарушений ориентации.** Реабилитант Б., имеет врожденный дефект артикуляционного аппарата, вследствие родовой травмы. Находился на домашнем обучении, умственные способности и ориентация в пространстве не нарушены. Занимается надомным трудом по изготовлению вязаных изделий.

**Задание 7. Определить функциональный класс нарушений ориентации.** Реабилитант В., после операции по поводу опухоли голосовых связок может невнятно произносить короткие фразы, к прежней работе инженера вернуться не смог.

**Задание 8. Определить функциональный класс нарушений ориентации.** Реабилитант Г., глухонемой, обучался в специализированной школе, работает сборщиком электрооборудования.

**Задание 9. Определить функциональный класс нарушений ориентации.** Реабилитант Д., страдает тугоухостью на правое ухо, имеет легкое снижение способности к общению с окружающими.

**Задание 10. Определить функциональный класс нарушений ори-**

**ентации.** Реабилитант В., ограничения ходьбы, поддержания позы, нуждается в помощи окружающих для решения повседневных бытовых задач.

**Задание 11. Определить функциональный класс нарушений ориентации.** Реабилитант Ж., неспособность к коммуникации с окружающими из-за сенсорной афазии после открытой черепно-мозговой травмы, резкое снижение остроты зрения.

**Задание 12. Определить функциональный класс нарушений способности к обучению.** Реабилитант А., 6,5 лет, прогрессирующий сколиоз III степени.

**Задание 13. Определить функциональный класс нарушений способности к обучению.** Реабилитант Б., 9 лет, полная утрата зрения вследствие атрофии зрительного нерва. Нуждается в постоянной помощи в быту.

**Задание 14. Определить функциональный класс нарушений способности к трудовой деятельности.** Реабилитант В., программист, нетрудоспособен в течение 120 дней, вследствие перелома со смещением обеих лодыжек левой голени (состояние после металлоостеосинтеза). На рентгенограмме – полная консолидация костей. Подвижность в голеностопном суставе ограничена.

**Задание 15. Определить функциональный класс нарушений способности к трудовой деятельности.** Реабилитант Г., базовое образование получил в специализированной школе-интернате для слепых детей, полная утрата зрения.

**Задание 16. Определить функциональный класс двигательных нарушений.** Реабилитант Д., после перенесенного инфаркта миокарда приступил к прежней работе в качестве учителя физики. На работу и с работы ходит пешком с кратковременными остановками, преодолевая расстояние в 2 км. Поднимается на 4 этаж, останавливаясь между каждым из этажей.

**Задание 17. Определить функциональный класс двигательных нарушений.** Реабилитант Е., после перенесенного инсульта, передвигается по квартире с трудом, на улицу не выходит. Нуждается в помощи для входа и выхода из ванны, приема пищи.

**Задание 18. Определить функциональный класс двигательных нарушений.** Реабилитант Ж., плотник, после ампутации IV, V пальцев правой руки на уровне средней фаланги, свободно передвигается по помещению и на улице, полностью себя обслуживает. Испытывает затруднения в использовании рабочего инструмента.

**Задание 19. Определить функциональный класс двигательных нарушений.** Реабилитант З., с метастазами в поясничный отдел позвоночника, передвигается в пределах квартиры в инвалидной коляске, в которую его усаживают родственники. Функции мочеиспускания и дефекации нарушены.

**Задание 20. Определить функциональный класс нарушений ориентации.** Реабилитант И., после перенесенного инсульта не смогла вер-

нуться к прежней работе филолога, из-за нарушений в артикуляции, выражающихся затруднением в произношении длинных фраз.

**Задание 21. Определить функциональный класс нарушений ориентации.** Реабилитант К., имеет врожденный дефект артикуляционного аппарата, вследствие родовой травмы. Находился на домашнем обучении, умственные способности и ориентация в пространстве не нарушены. Занимается надомным трудом по изготовлению вязаных изделий.

**Задание 22. Определить функциональный класс нарушений ориентации.** Реабилитант Л., после операции по поводу опухоли голосовых связок может невнятно произносить короткие фразы, к прежней работе инженера вернуться не смог.

**Задание 23. Определить функциональный класс нарушений ориентации.** Реабилитант М., глухонемой, обучался в специализированной школе, работает сборщиком электрооборудования.

**Задание 24. Определить функциональный класс нарушений ориентации.** Реабилитант Н., страдает тугоухостью на правое ухо, имеет легкое снижение способности к общению с окружающими.

**Задание 25. Определить функциональный класс нарушений ориентации.** Реабилитант О., опухоль в области мозжечка, имеет выраженные ограничения ходьбы, поддержания позы, нуждается в помощи окружающих для решения повседневных бытовых задач.

**Задание 26. Определить функциональный класс нарушений ориентации.** Реабилитант П., неспособность к коммуникации с окружающими из-за сенсорной афазии после открытой черепно-мозговой травмы, резкое снижение остроты зрения.

**Задание 27. Определить функциональный класс нарушений способности к обучению.** Реабилитант Р., 6,5 лет, прогрессирующий сколиоз III степени.

**Задание 28. Определить функциональный класс нарушений способности к обучению.** Реабилитант С., 9 лет, полная утрата зрения вследствие атрофии зрительного нерва. Нуждается в постоянной помощи в быту.

**Задание 29. Определить функциональный класс нарушений способности к трудовой деятельности.** Реабилитант Т., программист, нетрудоспособен в течение 120 дней, вследствие перелома со смещением обеих лодыжек левой голени (состояние после металлоостеосинтеза). На рентгенограмме – полная консолидация костей. Подвижность в голеностопном суставе ограничена.

**Задание 30. Определить функциональный класс нарушений способности к трудовой деятельности.** Реабилитант О., базовое образование получил в специализированной школе-интернате для слепых детей, полная утрата зрения.

**Задание 31. Составить индивидуальную программу реабилитации.** Реабилитант А., после перенесенного инфаркта миокарда приступил к прежней работе в качестве учителя физики. На работу и с работы ходит



пешком с кратковременными остановками, преодолевая расстояние в 2 км. Поднимается на 4 этаж, останавливаясь между каждым из этажей.

**Задание 32. Составить индивидуальную программу реабилитации.** Реабилитант Б., после перенесенного инсульта передвигается по квартире с трудом, на улицу не выходит. Нуждается в помощи для входа и выхода из ванны, приема пищи.

**Задание 33. Составить индивидуальную программу реабилитации.** Реабилитант В., плотник, после ампутации IV, V пальцев правой руки на уровне средней фаланги, свободно передвигается по помещению и на улице, полностью себя обслуживает. Испытывает затруднения в использовании рабочего инструмента.

**Задание 34. Составить индивидуальную программу реабилитации.** Реабилитант Г., с метастазами в поясничный отдел позвоночника передвигается в пределах квартиры в инвалидной коляске, в которую его усаживают родственники. Функции мочеиспускания и дефекации нарушены.

**Задание 35. Составить индивидуальную программу реабилитации.** Реабилитант А., после перенесенного инсульта не смогла вернуться к прежней работе филолога из-за нарушений в артикуляции, выражающихся затруднением в произношении длинных фраз.

**Задание 36. Составить индивидуальную программу реабилитации.** Реабилитант Б., имеет врожденный дефект артикуляционного аппарата, вследствие родовой травмы. Находился на домашнем обучении, умственные способности и ориентация в пространстве не нарушены. Занимается надомным трудом по изготовлению вязаных изделий.

**Задание 37. Составить индивидуальную программу реабилитации.** Реабилитант В., после операции по поводу опухоли голосовых связок может невнятно произносить короткие фразы, к прежней работе инженера вернуться не смог.

**Задание 38. Составить индивидуальную программу реабилитации.** Реабилитант Г., глухонемой, обучался в специализированной школе, работает сборщиком электрооборудования.

**Задание 39. Составить индивидуальную программу реабилитации.** Реабилитант Д., страдает тугоухостью на правое ухо, имеет легкое снижение способности к общению с окружающими.

**Задание 40. Составить индивидуальную программу реабилитации.** Реабилитант Е., опухоль в области мозжечка, имеет выраженные ограничения ходьбы, поддержания позы, нуждается в помощи окружающих для решения повседневных бытовых задач.

**Задание 41. Составить индивидуальную программу реабилитации.** Реабилитант Ж., неспособность к коммуникации с окружающими из-за сенсорной афазии после открытой черепно-мозговой травмы, резкое снижение остроты зрения.

**Задание 42. Составить индивидуальную программу реабилитации.** Реабилитант А., 6,5 лет, прогрессирующий сколиоз III степени.

**Задание 43. Составить индивидуальную программу реабилитации.** Реабилитант Б., 9 лет, полная утрата зрения вследствие атрофии зрительного нерва. Нуждается в постоянной помощи в быту.

**Задание 44. Составить индивидуальную программу реабилитации.** Реабилитант В., программист, нетрудоспособен в течение 120 дней, вследствие перелома со смещением обеих лодыжек левой голени (состояние после металлоостеосинтеза). На рентгенограмме – полная консолидация костей. Подвижность в голеностопном суставе ограничена.

**Задание 45. Составить индивидуальную программу реабилитации.** Реабилитант Г., базовое образование получил в специализированной школе-интернате для слепых детей, полная утрата зрения.

**Задание 46. Составить индивидуальную программу реабилитации.** Реабилитант Н., неспособность к коммуникации с окружающими из-за сенсорной афазии после открытой черепно-мозговой травмы, резкое снижение остроты зрения.

**Задание 47. Составить индивидуальную программу реабилитации.** Реабилитант Ш., 6,5 лет, прогрессирующий сколиоз III степени.

**Задание 48. Составить индивидуальную программу реабилитации.** Реабилитант К., 9 лет, полная утрата зрения вследствие атрофии зрительного нерва. Нуждается в постоянной помощи в быту.

**Задание 49. Составить индивидуальную программу реабилитации.** Реабилитант З., программист, нетрудоспособен в течение 120 дней, вследствие перелома со смещением обеих лодыжек левой голени (состояние после металлоостеосинтеза). На рентгенограмме – полная консолидация костей. Подвижность в голеностопном суставе ограничена.

**Задание 50. Составить индивидуальную программу реабилитации.** Реабилитант Л., базовое образование получил в специализированной школе-интернате для слепых детей, полная утрата зрения.