

Источник: <http://ippoterapia.ru/metodicheskaya-literatura/>

Н.С. РОБЕРТ

**Эффективная комплексная реабилитация
пациентов с ограниченными возможностями
на основе лечебной верховой езды и
инвалидного конного спорта**

Москва, 2005

**ОРГКОМИТЕТ ПРОГРАММ СОДЕЙСТВИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ АССОЦИАЦИИ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ СТРАТЕГИИ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ
НАСЕЛЕНИЯ**

**НАЦИОНАЛЬНАЯ ФЕДЕРАЦИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ВЕРХОВОЙ ЕЗДЫ И
ИНВАЛИДНОГО КОННОГО СПОРТА**

Эффективная комплексная реабилитация пациентов с ограниченными возможностями на основе лечебной верховой езды и инвалидного конного спорта

Н.С.Роберт

Под редакцией действительного члена Международной Академии проблем качества, доктора медицинских наук, профессора Г.Г. Орловой;

Монография посвящена одному из эффективных, но недостаточно изученных методов комплексной реабилитации пациентов с ограниченными возможностями, лечебной верховой езде (ЛВЕ) с инвалидным конным спортом. В монографии излагаются теоретические основы и практические рекомендации по комплексной реабилитации с использованием в качестве базового метода (ЛВЕ) с (ИКС). Монография рассчитана на широкий круг врачей, экспертов МСЭК и специалистов разного профиля, занимающихся реабилитацией на основе лечебной верховой езды

Оглавление

Под редакцией действительного члена Международной Академии проблем качества, доктора медицинских наук, профессора Г.Г. Орловой;.....	3
Введение.....	5
Глава 1. Инвалидность как медико-социальная проблема.....	7
Глава 2. Основные принципы и направления реабилитации пациентов с ограниченными возможностями.....	23
Глава 3. Роль и место лечебной верховой езды и инвалидного конного спорта в системе реабилитации пациентов с ограниченными возможностями.....	28
Глава 4. Методология реабилитации пациентов с помощью лечебной верховой езды (ЛВЕ). Показания и противопоказания.....	36
Глава 5. Организационная структура и развитие реабилитационного центра на основе лечебной верховой езды с инвалидным конным спортом.....	41
Глава 6. Система комплексной реабилитации пациентов с ограниченными возможностями.....	49
Глава 7. Организационная модель комплексной реабилитации пациентов с ограниченными возможностями на основе ЛВЕ с ИКС	73
Заключение.....	83
Список литературы.....	88
Приложения.....	108

Введение

Во всех странах мира лица с ограниченными возможностями относятся к наименее защищённым слоям населения и поэтому входят в группу особого риска, т.к. именно на этом контингенте особенно остро отражаются проявления социального, экономического и других аспектов неравенства в сравнении с остальными членами человеческого социума.

По данным Государственного доклада «О состоянии здоровья населения Российской Федерации» в 2002 году впервые инвалидами было признано 82,6 на 10 тыс. населения. Общая численность инвалидов в России составляет около 10% населения. Количество их с каждым годом увеличивается: с 348 тыс. чел. в 1970 году, до 1131 тыс. чел. в 1998 г. В 2002 году число детей-инвалидов в возрасте от 0 до 15 лет от всех заболеваний, по данным того же доклада, составило 191,9 на 10 тыс. детей. Истоки этой инвалидизации теснейшим образом связаны с негативными демографическими процессами в России.

За последние 10 лет старая, традиционная государственная политика, утратила свою эффективность и встала проблема разработки новых подходов.

Одновременно активизировались общественные силы, предпринимавшие попытки решить эту проблему в соответствии с рекомендациями ООН и ВОЗ. Назрела настоятельная необходимость в разработке новых, современных принципов формирования государственной политики по отношению к людям с ограниченными возможностями (инвалидам), и обеспечение более реальных подходов к созданию доступной для этих людей «среды жизнедеятельности» (определение ВОЗ).

В связи с этим был принят целый ряд решений на государственном уровне, в т.ч. несколько Федеральных Программ: главной из них является «Социальная поддержка инвалидов», утверждённая постановлением Правительства Российской Федерации № 59 от 16 января 1995 г. В стране создан институт социальной защиты населения, разработаны информационные системы и программные средства по проблемам инвалидности и инвалидов. Серьёзным достижением в этой области является организация в России многопрофильных государственных реабилитационных центров, разнообразных по организационному принципу и по механизму финансирования. Анализ результатов многих реализованных проектов и программ показал их невысокую эффективность при значительной финансовой затратности.

Известные реабилитационные программы далеко не всегда отвечают должным требованиям и задачам, сформулированным Всемирной Организацией Здравоохранения и определению МОТ (Международной организации труда), согласно которым сущность реабилитации заключается в восстановлении здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями для достижения максимально возможной физической, психической и профессиональной полноценности. Решение этой актуальной проблемы связано с реализацией комплексных программ реабилитации, необходимых для интеграции людей с ограниченными возможностями в окружающее общество.

Настоящая монография посвящается изучению комплексного подхода к реабилитации пациентов с ограниченными возможностями на основе лечебной верховой езды (ЛВЕ) с инвалидным конным спортом (ИКС). Авторы ее надеются привлечь внимание к реальным возможностям комплексной реабилитации, к необходимости привлечения в качестве базовых методов комплексной реабилитации новых, эффективных и недостаточно популярных пока методов. Не меньшей своей задачей авторы считают формирование предложений по нерешенным вопросам социальной политики.

Глава 1. Инвалидность как медико-социальная проблема

Инвалидность наряду с показателями заболеваемости, физического развития, группой медико-демографических критериев является важным индикатором состояния здоровья детского населения.

По мнению экспертов, ВОЗ, доля тяжелой детской инвалидности составляет в мире 1-2% от детской популяции и, согласно прогнозам, численность данного контингента детей должна была увеличиться к 2000 году более чем в 2 раза.

Ежегодно в Российской Федерации рождается около 30 000 детей с врожденными и наследственными заболеваниями, из них более половины, как показывает практика, признаются в дальнейшем инвалидами.

В настоящее время в нашей стране насчитывается около 80 000 детей-инвалидов, что составляет примерно 2% детской популяции. В структуре причин детской инвалидности преобладают нарушения функций ЦНС, умственная отсталость, нервно-психические и нервно-мышечные нарушения, нарушения скелета, дисморфогенетические черты. Существенную роль играют также нарушения слуха, зрения, а также функциональные органические нарушения при хронических соматических болезнях.

Изучением частоты и структуры инвалидности среди детского населения занимались в нашей республике многие научные коллективы (С.П. Якимова, 1985; Р.К. Игнатьева с соавт., 1988; С.Я. Сарычева, 1989; Л.Г. Камсюк, 1990; А.В. Абросимов, Т.В. Попова, 1990; В.Л. Мартынов, 1992; А.А. Баранов, В.И. Каграманов, 1993; Д.И. Кича, Г.Ю. Окунева, 1994). Проведение этих исследований было обусловлено необходимостью планирования медико-социальной помощи с учетом потребностей данного контингента.

В Российской Федерации долгое время отсутствовали системы государственного учета детей-инвалидов и единые методики определения структуры причин инвалидизирующей патологии, что привело к несопоставимости показателей, как полученных в результате отдельных исследований, проведенных, как на территории нашей страны, так и за рубежом. Некоторые авторы считали, что изучение структуры причин инвалидности удобнее проводить в зависимости от органной принадлежности поражения (С.П. Якимова, 1985; С.Я. Сарычева, 1990; Т.В. Попова, 1995), другие исследователи

предлагали использовать для определения ранга заболевания Международную Классификацию Болезней (Г.Ю. Окунева, 1995; В.И. Каграманов, 1995). Существовала также точка зрения, что для отображения структуры инвалидности необходима этиологическая характеристика болезни и описание характера нарушения при данной патологии (М.В. Максимова, Р.К. Игнатьева, 1988).

С 1995 г. проблема единого системного подхода расчета структуры причин детской инвалидности была решена путем принятия Минздравом России Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности, рекомендованной ВОЗ в 1989 г. Это позволило проводить обобщение сведений о детской инвалидности, и помогло практическому здравоохранению пойти по пути реформирования медико-социальной помощи данному контингенту детей.

К категории детей-инвалидов в нашей стране относят детей до 16 лет, имеющих значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации вследствие нарушений развития и роста ребенка, недоразвитию способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, трудностям в обучении, общении, в возможности трудовой деятельности в будущем. Больницы различного уровня (республиканские, краевые, центральные, районные, в т.ч. детские); специализированные больницы и отделения (неврологические, психиатрические, туберкулезные и др.); консультативно-диагностические центры после обследования и лечения таких детей могут рекомендовать установление ребенку инвалидности.

В медико-социальном заключении на ребенка-инвалида содержатся рекомендации для ребенка-инвалида:

- необходимость пребывания ребенка в специализированном детском учреждении;
- обучение на дому или в специальном учреждении;
- обеспечение необходимым оборудованием, вспомогательными средствами;
- необходимость санаторно-курортного лечения; профиль санатория, срок пребывания;
- комплекс основных реабилитационных мероприятий; и пр.

При установлении ВТЭК лицам старше 16-ти лет инвалидности с детства 1 или 2 группы они, как и дети-инвалиды в возрасте до 16-ти лет, приобретают право на получение социальной пенсии в размере минимальной пенсии по старости. Гражданам, ставшим

инвалидами в возрасте до 20 лет, пенсия назначается независимо от стажа работы.

В связи с вышеизложенным, серьезное беспокойство врачей, ученых вызывают снижение уровня физического развития детей, повышение показателей заболеваемости и, конечно, рост инвалидности. Все перечисленные аспекты обуславливают особую социальную значимость изучаемой проблемы, а именно – детской инвалидности.

В связи с неуклонным ростом детской инвалидности в России и во всем мире, врачами-исследователями уделяется все более пристальное внимание проблеме факторов формирования данного явления. Существует множество классификаций факторов, оказывающих негативное влияние на здоровье детей, наиболее обоснованной из них, на наш взгляд, является классификация Н.Г. Веселова (1992). Он подразделяет отрицательно воздействующие факторы на 3 группы:

1) социально-гигиенические (плохие материально-бытовые условия, вредные условия работы родителей и их низкое материальное положение);

2) медико-демографические (многодетная семья, отсутствие в семье одного из родителей, наличие ребенка с врожденными аномалиями, случаи мертворождения в семье, смерть ребенка в возрасте до 1 года);

3) социально-психологические (вредные привычки или психические заболевания родителей, неблагоприятный психологический климат в семье, низкая общая и санитарная культура).

В структуре причин, приведших к возникновению инвалидности, высокий удельный вес занимала наследственная отягощенность и алкоголизм родителей. С.А. Овчаренко с соавт. (1994) при изучении медико-социальных причин, способствующих возникновению и формированию инвалидности с детства, выделили 3 основных блока воздействующих факторов:

1) медико-биологические (низкое качество медицинского обслуживания, недостаточная медицинская активность родителей);

2) социально-психологические (низкий уровень образования родителей, плохие жилищные условия, отсутствие условий для нормальной жизнедеятельности);

3) экономико-правовые (низкий материальный достаток, незнание и неиспользование своих прав на льготы).

Авторы приводят важнейшие, с их точки зрения, факторы риска врожденных заболеваний – это патология беременности, интра- и

постнатальные травмы нервной системы. Кроме того, существуют и другие, способствующие возникновению инвалидности, факторы: позднее установление диагноза, несвоевременное лечение и отсутствие диспансерных мероприятий.

В последние годы с целью выявления факторов, оказывающих влияние на развитие инвалидизирующей патологии, изучения недостатков в медицинской помощи и потребностей данного контингента детей и их семей выполнен ряд социально-гигиенических исследований (Л.Г. Камсюк, Ю.В. Васильева, А.И. Осадчих, И.И. Мирзоева, С.Я. Сарычева, 1990; Э.Б. Боровик, Г.И. Лазюк с соавт., 1991; В.Л. Мартынов, 1992; Д.И. Кича, Л.П. Гришина, С.А. Овчаренко, 1993; Г.Ю. Окунева, 1994; Д.И.Зелинская, Г.А. Маковецкая с соавт., Т.В. Попова, 1995).

Изучая причины детской инвалидности, Г.И. Лазюк с соавторами (1991) отметили приоритетное значение в деле профилактики медико-генетических служб, основные задачи которых заключается в:

- 1) тотальном ультразвуковом обследовании плодов и определении уровня α -фетопротеина в сыворотке крови беременных не позднее 24 недель (предотвращение гидроцефалии и спинномозговых грыж);

- 2) применения кариотипирования и биопсии ворсинок хориона, методов амниоцентеза и плацентоцентеза для предупреждения о рождения ребенка с синдромом Дауна;

- 3) применение скрининга, цитогенетических методов, ультразвукового обследования плодов для определения множественных внутриутробных пороков развития.

Все эти и другие исследования приоритетом назвали профилактику детской инвалидности, связывая её с обилием факторов в период зачатия, вынашивания плода и ведения родов.

Профилактика детской инвалидности начинается с охраны здоровья семьи и женщин репродуктивного возраста, так как в большинстве случаев в ее формировании играет роль наследственная, врожденная и перинатальная патология, т.е. все факторы, связанные с зачатием, вынашиванием плода и родами (Вельтищев Ю.В., 1994).

Профилактика детской инвалидности на современном этапе, по мнению Д.И. Зелинской (1995), должна осуществляться с помощью:

- 1) создания перинатальной службы и подготовки специалистов;
- 2) развития центров планирования семьи и репродукции, детских гинекологических центров;

- 3) профилактической работы со здоровыми детьми, но имеющими различные отклонения в состоянии здоровья;

4) усиления материально-технического обеспечения лечебно-профилактических учреждений.

По инициативе и при участии Московского НИИ педиатрии и детской хирургии в начале 70-х годов впервые в нашей стране был введен массовый скрининг новорожденных на наследственную патологию. Позднее коллективом авторов этого же института была предложена методика по использованию ДНК-зондов для обследования беременных на наличие скрытых инфекций (цитомегалия, герпес, микоплазменная инфекция, хламидиоз).

Не менее важной проблемой является многоплановая работа в реальных условиях с детьми уже признанными инвалидами. В связи с этим, вопросы экспертизы детской инвалидности приобрели особый государственный статус в 1991 г., когда вышел в свет Приказ МЗ РСФСР от 04. 06. 91 № 117 «О порядке выдачи медицинского заключения на детей-инвалидов в возрасте до 16 лет». Дефиниция понятия «ребенок-инвалид» наиболее полно была дана в медицинских показаниях для установления инвалидности, утвержденных названным Приказом. Она построена на современной концепции ВОЗ, полагающей, что поводом для установления инвалидности является не сама болезнь или травма, а их «последствия, проявляющиеся в виде нарушений той или иной психологической, физиологической или анатомической структуры или функции, приводящей к ограничению жизнедеятельности и социальной недостаточности». В соответствии с Приказом № 117, показаниями для установления инвалидности у детей в возрасте до 16 лет являются патологические состояния, возникающие при врожденных, наследственных и приобретенных заболеваниях и после травм.

Медицинские показания для определения инвалидности у детей включают в себя 3 раздела.

В 1 раздел входит перечень патологических состояний, приводящих к временному ограничению жизнедеятельности и социальной дезадаптации ребенка при тяжелых, но обратимых расстройствах функций органов и систем и дающих право на установление инвалидности на срок от 6 месяцев до 2-х лет.

Ко **2-му разделу** относятся патологические состояния, приводящие к частичному ограничению жизнедеятельности и социальной дезадаптации ребенка при прогнозируемой возможности полного или частичного восстановления нарушенных функций органов и систем. Различают 2 группы патологических состояний: **2А** – с правом установления инвалидности сроком от 2 до 5 лет, то есть переосвидетельствование проводится каждые 2 года, и **2Б** – с

правом установления инвалидности сроком до 5 лет и более, то есть переосвидетельствование проводится не чаще, чем через 5 лет.

В **раздел 3** включены патологические состояния, приводящие к значительному ограничению жизнедеятельности и социальной дезадаптации ребенка при резко выраженных необратимых нарушениях функций органов и систем.

Медицинское заключение по патологическим состояниям, регламентируемым **разделом 3**, оформляется однократно до 16-летнего возраста.

Юридическое оформление инвалидности означает не только приобретение законного права на получение социальных пособий и льгот, но и представление ребенку-инвалиду и его семье медицинской, образовательной, социальной и профориентационной помощи от государства. При этом учитываются: характер заболевания, возраст, степень нарушения функций, состояние компенсаторных механизмов, прогноз течения заболевания, возможность социальной адаптации и удовлетворения потребности в различных видах и формах социального обеспечения.

В 1992 г. Президентом РФ была принята Президентская Программа «Дети России», в которую вошла Федеральная целевая программа «Дети-инвалиды». В свете последней, были разработаны и приняты ряд законодательных актов, непосредственно касающихся проблемы детской инвалидности. Это, прежде всего, Указ Президента РФ от 27.07.92 г. № 802 «О научном и информационном обеспечении проблем инвалидности и инвалидов» и одноименное Постановление Совета Министров – Правительства РФ от 05.04.93 г., которые положили начало активной научно-практической деятельности в обозначенной области.

Решающее значение в вопросе организации экспертизы инвалидности у детей имел приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ № 95 от 18.03.96 г. «О совершенствовании системы информационного обеспечения проблемы детской инвалидности в РФ». Этим Приказом на территории РФ была утверждена и введена в действие новая форма первичной медицинской документации – «Медико-социальное заключение на ребенка-инвалида» № 080/у-96, и инструкция по заполнению «Медико-социального заключения на ребенка-инвалида». Настоящий Приказ обязал руководителей территориальных государственных и муниципальных детских лечебно-профилактических учреждений провести мероприятия по выявлению, отбору детей-инвалидов, воспитывающихся в интернатных учреждениях, и своевременному оформлению на них

«Медико-социального заключения нового образца»; а также переоформить все медицинские заключения старого образца, ранее выданные детям-инвалидам в возрасте до 16 лет, проживающим в семьях, заполнив на них «Медико-социальное заключение на ребенка-инвалида» нового образца. Кроме того, этим Приказом была введена в состав органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации должность внештатного главного специалиста по экспертизе состояния здоровья детей, обязанного контролировать установление инвалидности и проводить мероприятия по ведению государственной статистики детской инвалидности в регионе.

Согласно Приказу № 95, основной учетный документ «Медико-социальное заключение на ребенка-инвалида» должен был заполняться врачами-специалистами **врачебно-консультативной комиссии** федерального или муниципального лечебно-профилактического учреждения по месту постоянного проживания ребенка.

«Медико-социальное заключение на ребенка-инвалида» заполнялось в соответствии с адаптированным вариантом «Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» (принятой на территории Российской Федерации 27.04.95 г. и построенной на Женевской номенклатуре пересмотра 1989 г.). Следовательно, основой для выдачи «Медико-социального заключения на ребенка-инвалида» являлось наличие у ребенка нарушений в состоянии здоровья и возникающих в результате этого ограничений его жизнедеятельности, которые соответствуют перечню Медицинских показаний, при которых ребенок признается инвалидом (вышеобозначенный Приказ Минздрава России от 04.07.91 г. № 117 «О порядке выдачи медицинского заключения на детей-инвалидов в возрасте до 16 лет»).

Таким образом, с 1996 г. к категории детей-инвалидов относятся дети до 16 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации вследствие нарушений развития и роста ребенка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю над своим поведением, обучения, трудовой деятельности в будущем. При этом учитывается характер и прогноз течения основного заболевания, последствия которого явились причиной инвалидности ребенка, характер и степень тяжести ограничений жизнедеятельности, свойственные возрасту ребенка, состояние компенсаторных механизмов, направленных на восстановление нарушенных функций,

возможность социальной адаптации и удовлетворения потребности в различных видах и формах медико-социальной помощи.

Функция признания инвалидом ребенка была возложена на органы здравоохранения, а именно, на детские территориальные поликлиники. Система социальной защиты населения, в свою очередь, осуществляла в отношении детей выплату денежных пособий и предоставление других возможных социальных льгот. Таким образом, создавались серьезные трудности во взаимодействии разных ведомств при осуществлении единого подхода в решении важнейшей государственной задачи, а именно: обеспечении адаптированной медико-социальной помощью детей-инвалидов.

В 1996 г. в соответствии с Постановлением правительства № 965 от 13.08.96 г. «О порядке признания граждан инвалидами» задача определения факта и причины инвалидности у детей впервые за историю рассматриваемого вопроса передается в компетенцию специальных учреждений медико-социальной экспертизы (Бюро медико-социальной экспертизы), находящихся в ведении Министерства социальной защиты и занятости населения (ныне – Министерства труда и социального развития). Работа БМСЭ регламентирована «Примерным положением об учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы», утвержденным названным Постановлением правительства РФ № 965. Впервые в указанном документе дано понятие педиатрической МСЭК: «для проведения медико-социальной экспертизы лиц в возрасте до 16 лет могут образовываться Бюро медико-социальной экспертизы специализированного профиля».

Кроме того, впервые введено понятие об индивидуальных программах реабилитации, как обязательном документе, оформляющемся в БМСЭ на каждого освидетельствованного. Тогда же, в 1996 г., Приказом Министерства здравоохранения РФ №353 от 04.10.96 г. в номенклатуру учреждений здравоохранения введено республиканское объединение по реабилитации и восстановительному лечению детей-инвалидов, а постановлением-приказом № 21/417/515 от 23 декабря 1996 г. Правительства Российской Федерации, Министерства труда и социального развития, Министерства здравоохранения и Министерства общего и профессионального образования Российской Федерации утверждено «Положение о реабилитационном учреждении».

Таким образом, с 1996 г. в стране начинается постепенное создание сети специальных учреждений, решающих вопросы организации медико-социальной помощи детям-инвалидам: на

местах, организуются БМСЭ педиатрического профиля, издаются нормативные акты, регламентирующие их работу.

Правительство РФ, Министерство здравоохранения и Министерство труда и социального развития, совершенствуя работу в области медико-социальной экспертизы у детей, разрабатывают и утверждают новые директивные документы, а именно: 25.02.1998 г. Совместным Приказом МЗ РФ № 50 и МТ и СР РФ № 18 «Об утверждении формы направления детей в возрасте до 16 лет на освидетельствование в учреждения медико-социальной экспертизы», вводится новая форма направления ребенка на МСЭ – «Направление на ребенка до 16 лет для проведения медико-социальной экспертизы», 080/у-97. Направлением детей занимаются детские территориальные поликлиники, однако, и местные органы социальной защиты так же имеют на это право. Кроме того, названный приказ утверждает должности главных внештатных специалистов по экспертизе состояния здоровья детей в органах управления здравоохранением субъектов РФ, вменив им в обязанность контроль за подготовкой медицинского заключения, направлением его в учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы для установления инвалидности детям, а также проведением мероприятий по ведению государственной отчетности по детской инвалидности на территории России.

Согласно Приказу № 50/18, по результатам освидетельствования БМСЭ обязано выдавать справки установленной формы, утвержденной Министерством труда и социального развития Российской Федерации – т.е. «Медико-социальное заключение на ребенка-инвалида» утрачивает свою силу в перечне первичной медицинской документации, и вместо него вводится новый документ – «Акт освидетельствования в учреждении государственной службы медико-социальной экспертизы» и выписка из него. Перечисленные формы относятся к категории бланков строгой отчетности, имеют порядковые номера, напечатаны на специальной бумаге. По сути, «Акт» и «Выписка» являются документами образца 1996 г., утвержденными Постановлением правительства № 965 от 13.08.96 г. «О порядке признания граждан инвалидами». Родителям ребенка-инвалида после освидетельствования МСЭК выдается на руки «Справка» серии МСЭК 001, куда заносятся паспортные данные ребенка, данные освидетельствования и срок, на который установлена инвалидность.

Претерпела законотворческое развитие и система реабилитации детей-инвалидов. Так, в 1998 г. были приняты Приказы МЗ РФ № 66 от 12.03.98 г. и №110 от 09.04.98 г., первый из которых включил в

номенклатуру учреждений здравоохранения Центры реабилитации детей, подростков и взрослых инвалидов с детским церебральным параличом; а второй определил формы статистической отчетности в Республиканских объединениях по реабилитации и восстановительному лечению детей-инвалидов.

Кроме того, в рамках реализации Федеральной целевой программы «Дети-инвалиды», Приказами МЗ РФ № 88 от 25.03.98 и № 94 от 31.03.98, были приняты решения о проведении мониторинга детской инвалидности в республике, разработке и введении единых регистров инвалидности, а на Министерство труда и социального развития возложена задача по координации работы федеральных органов исполнительной власти по реализации программы «Дети-инвалиды».

Ю.Е. Вельтищев (1994) считает, что здоровье ребенка следует рассматривать, как «соответствующее биологическому возрасту состояние жизнедеятельности, гармонического единства физических и интеллектуальных характеристик, обусловленных генетическими и внешнесредовыми факторами, и формирование адаптационно-приспособительных реакций в процессе роста».

В настоящее время, в динамике состояния здоровья детского населения наметилось множество неблагоприятных тенденций, а именно: повышение частоты врожденных и наследственных заболеваний; высокий удельный вес детей, рожденных с травмами и патологией центральной нервной системы; прогрессирующий рост хронических форм патологии и болезней аллергического генеза; увеличение частоты осложнений вирусных и паразитарных заболеваний, в том числе контролируемых инфекций: дифтерии, полиомиелита, туберкулеза.

В целях совершенствования экспертизы детской инвалидности в Санкт-Петербурге была разработана программа для раннего выявления (в первые три года жизни) детей с психическими и физическими отклонениями в развитии (Е.В. Кожевникова с соавт., 1995).

Несмотря на декларацию положения о необходимости комплексной реабилитации детей-инвалидов и их семей, подобных работ нам встретилось чрезвычайно мало. Методологические подходы к проведению комплексной реабилитации разработаны в течение многих лет (Овчаренко С.А. с соавт., 1993, 1994), а также программно-целевой метод медико-социального исследования семей, предложенный Грининой О.В. (1965, 1966, 1969) известны давно. В практике они получили небольшое распространение. Проблемой остаются, также, вопросы унифицированных реабилитационных

программ в разных центрах. В деятельности многих центров разных форм собственности упущены многие вопросы организации комплексной реабилитации детей с разными причинами инвалидности. Нередко, в реабилитационных центрах используются рутинные малоэффективные методы реабилитации. Поэтому, в следующем разделе главы мы вынуждены остановиться на основных принципах и направлениях реабилитации пациентов с ограниченными возможностями.

В заключение главы приводим результаты анализа материалов по статистике детской инвалидности.

При анализе обращалось внимание на психические расстройства, болезни нервной системы и органов чувств (табл. 1.1).

Таблица 1.1.

Распределение детей-инвалидов в возрасте 0-15 лет по заболеваниям, обусловившим возникновение инвалидности в Российской Федерации за 1999-2002 гг.

Классы, группы болезней и отдельные заболевания по МКБ-X	1999		2000		2001		2002	
	абс. числа	на 10000 соотв. насел.	абс. числа	на 10000 соотв. насел.	абс. числа	на 10000 соотв. насел.	абс. числа	на 10000 соотв. насел.
Всего заболеваний	547508	186,0	554867	196,5	528797	195,0	509878	191,9
в том числе:								
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	4785	1,6	4565	1,6	4377	1,6	3859	1,5
Психические расстройства и расстройства поведения	101932	34,6	104394	36,9	100795	37,2	101452	38,2
из них:								
психозы	7615	2,6	7753	2,7	7954	2,9	7811	2,9
органические, включая симптоматические психические расстройства	11204	3,8	11067	3,9	10184	3,8	9941	3,7
умственная отсталость	72412	24,6	72965	25,8	71643	26,4	72981	27,5
расстройства психологического	7846	2,7	7708	2,7	7976	2,9	9941	3,7

(психического) развития, эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте								
Болезни нервной системы	117375	39,9	118333	41,9	113120	41,7	108922	41,0
из них: воспалительные болезни ц.н.с.	4420	1,5	4623	1,6	4256	1,6	4203	1,6
системные атрофии, поражающие преимущественно ц.н.с.	4102	1,4	3764	1,3	3308	1,2	2798	1,1
эпизодические и пароксизмальные расстройства	16943	5,8	18169	6,4	17883	6,6	17693	6,7
церебральный паралич	66921	22,7	67592	23,9	64459	23,8	62578	23,6
другие нарушения нервной системы	17067	5,8	16336	5,8	16339	6,0	15169	5,7

Как следует из таблицы 1.1 наиболее частой причиной инвалидности среди детей являлись болезни нервной системы –39,9 в 1999 г. до 41,0 в 2002 г. (на 10 000 населения).

Удельный вес психических расстройств и расстройств поведения соответствовал 34,6 в 1999 г. и 38,2 в 2000 г.

Среди болезней нервной системы наиболее частой причиной инвалидности являлся церебральный паралич и другие паралитические синдромы. Рост их отмечался с 22,7 в 1999 г. до 23,9 в 2000 г., в последние годы отмечено снижение этих показателей до 23,6.

Второй причиной являлись эпизодические и пароксизмальные расстройства, при этом с годами рост их продолжается с 5,8 в 1999 г. до 6,7 в 2002 г. Обращает на себя внимание достаточно высокий удельный вес других нарушений нервной системы 5,7 в 2002 г на 10 000 населения.

Удельный вес воспалительных болезней ЦНС составил за эти годы 1,5-1,6 на 10 000 населения. Коэффициент распределения инвалидов в связи с системными атрофиями, поражающими

преимущественно ЦНС за последние годы имеет тенденцию к снижению с 1,4 в 1999 г. до 1,2 в 2001 г., до 1,1 в 2002 г.

Среди психических расстройств и расстройств поведения наибольший удельный вес отмечался в связи с умственной отсталостью. С годами продолжается рост этой причины инвалидности с 24,6 в 1999 г. до 27,5 в 2002 г. На втором месте оказались органические поражения, включая симптоматические психические расстройства. За последний год отмечается снижение этого показателя с 3,9 в 2000 г. до 3,7 в 2002 г.

Неуклонный рост показателей наблюдался в связи с расстройствами психологического развития, эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения, начинающимися в детском и подростковом возрасте: с 2,7 в 1999 г. до 3,7 в 2002 г.

Удельный вес психозов также с годами увеличивался с 2,6 в 1999 г. до 2,9 в 2001-2002 гг.

Распределение детей-инвалидов в возрасте 0-15 лет по главному нарушению состояния здоровья в Российской Федерации за 1996-2002 годы представлены на рис. 1.1.

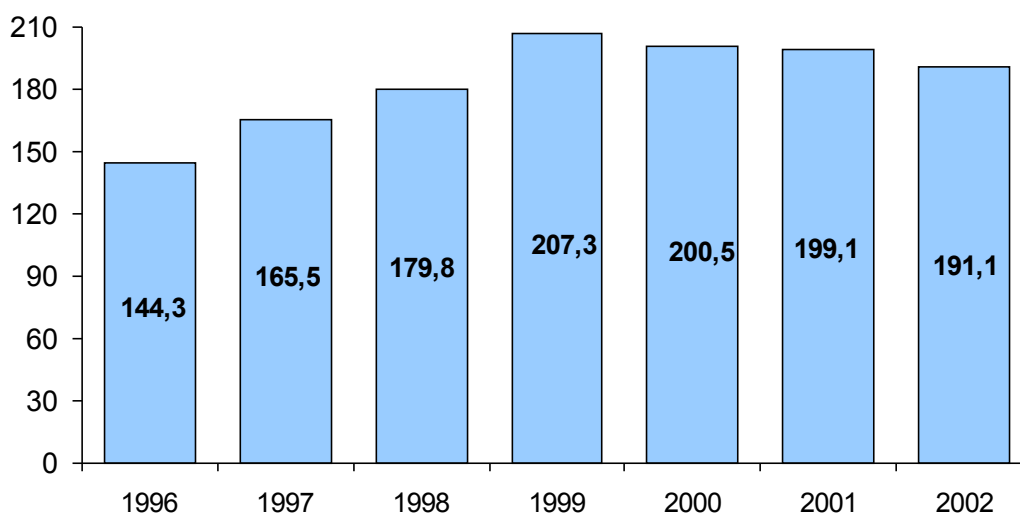


Рис. 1.1. Распределение детей-инвалидов в возрасте 0-15 лет по главному нарушению состояния здоровья в Российской Федерации за 1996-2002 гг.

Анализ распределения детей-инвалидов по главному нарушению состояния здоровья с 1996 по 2002 г. приведены в приложении №1 и рис. 1.2.

Распределение детей-инвалидов в возрасте 0-15 лет по главному нарушению состояния здоровья в Российской Федерации за 1996-2002 годы представлены на рис. 1.2.

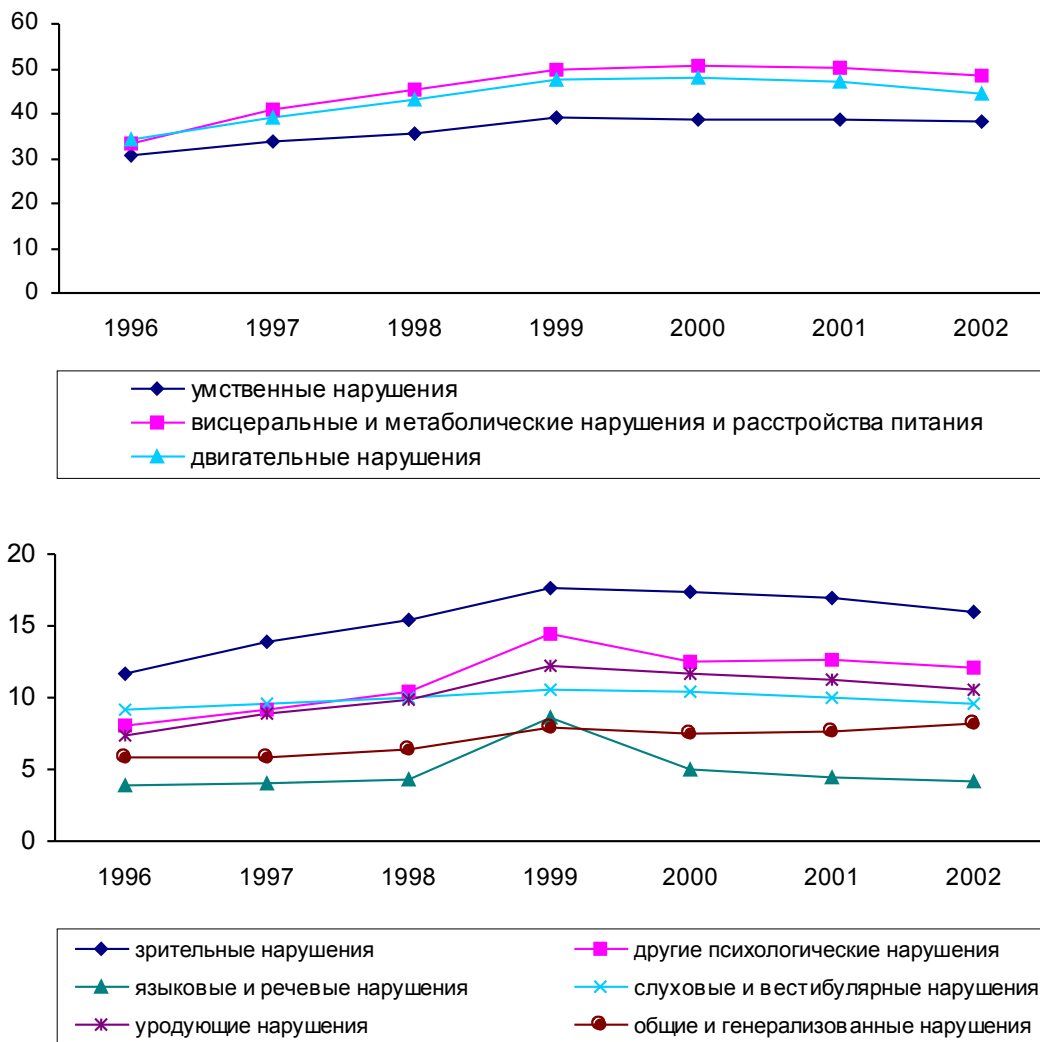


Рис 1.2. Структура распределения детей-инвалидов в возрасте 0-15 лет по главному нарушению состояния здоровья в Российской Федерации за 1996-2002 гг.

Как следует из рисунка, за последние годы произошли изменения в структуре главных нарушений в сторону преобладания висцеральных и метаболических нарушений и расстройств питания. Умственные нарушения остались без существенной динамики. Двигательные нарушения после роста показателей к 2000 году, снизились практически к уровню 1996 года.

Анализ ведущих видов ограничений жизнедеятельности представлен в таб. 3 (Приложение №1).

Распределение детей-инвалидов в возрасте 0-15 лет по ведущему ограничению жизнедеятельности в Российской Федерации за 1996-2002 годы представлены на рис. 1.3 и 1.4.

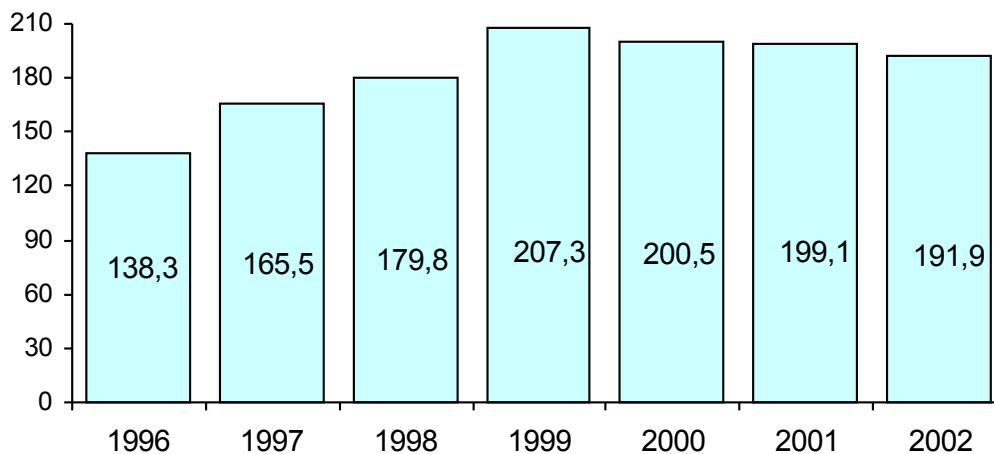


Рис. 1.3. Распределение детей-инвалидов в возрасте 0-15 лет по ведущему ограничению жизнедеятельности в Российской Федерации за 1996-2002 гг.

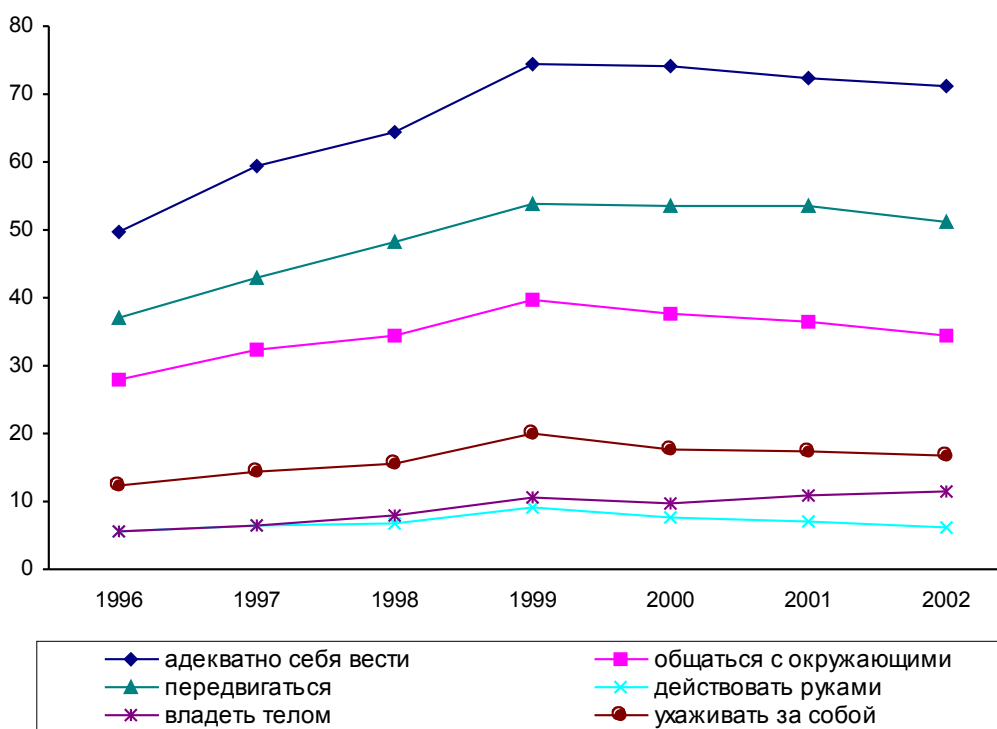


Рис. 1.4. Структура распределения детей-инвалидов в возрасте 0-15 лет по ведущему ограничению жизнедеятельности в Российской Федерации за 1996-2002 гг.

Как следует из диаграмм наряду с ростом показателя по ведущему ограничению, достигшего максимума к 1999 году, произошёл рост показателя нарушений, связанных со способностью адекватно вести себя, передвигаться и менее отчётливо по другим способностям. Наибольший показатель этих отклонений также был отмечен в 1999 году.

Приведенные материалы официальной статистики детской инвалидности подчеркивают важность и социальную значимость реабилитационных программ, что является основной темой монографии.

Глава 2. Основные принципы и направления реабилитации пациентов с ограниченными возможностями

Понятие реабилитации дает Постановление-Приказ Минтруда и соцразвития РФ и Минздрава РФ №1/30 от 29.01.97 г.

«Реабилитация инвалидов – процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

Целью реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

Реабилитационный потенциал – это совокупность психофизических характеристик человека, а также комплекс социально-биологических средовых факторов, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные способности.

Реабилитационный прогноз – предполагаемая вероятность реализации реабилитационного потенциала. Специально созданные условия трудовой, бытовой и общественной деятельности – специфические санитарно-гигиенические, организационные, технические, технологические, правовые, экономические, микросоциальные факторы, позволяют инвалиду осуществлять трудовую, бытовую и общественную деятельность в соответствии с его реабилитационным потенциалом».

Л.Ф. Николаева (1989), анализируя пути развития реабилитационного направления в России, выделяет 10 основных важнейших принципов реабилитации:

1. раннее начало реабилитации, органически включающееся в процесс лечения;
2. комплексность в построении программы для каждого больного с учетом всех ее аспектов (физического, социального, педагогического);
3. индивидуализация программы;
4. коллегиальность в решении вопросов построения программы для каждого больного, определение времени и степени восстановления трудоспособности;
5. непрерывность и завершенность реабилитации;
6. преемственность между этапами реабилитации;

7. осуществление реабилитации преимущественно в коллективе больных с сохранением принципа индивидуального подхода;
8. стремление к снижению ограничения жизнедеятельности;
9. доступность реабилитации для всех категорий населения;
10. гибкость реабилитационной службы, приспособляемость к меняющейся структуре заболеваемости с учетом социальной значимости того или иного заболевания.

Особое значение имеет медицинская реабилитация в педиатрии. Именно в детском возрасте закладывается и реализуется разнообразная патология, приводящая к стойкой утрате трудоспособности и инвалидизации взрослого населения. Реабилитация в педиатрии предполагает активные действия общества по отношению к ребенку и его семье, когда речь идет не только о лечении заболевания, но и об удовлетворении медико-социальных нужд больного ребенка и его семьи.

Мероприятия по реабилитации детей-инвалидов можно подразделить на 4 основные группы: медицинские, юридические, социальные и педагогические (Л.Г. Камсюк, 1990). Н.К. Гусева (1993) детализирует реабилитацию у детей по следующим направлениям: медицинская реабилитация, психолого-педагогическая реабилитация, профессиональная и социальная реабилитация.

В нашей стране вопросам реабилитации детей с последствиями различных заболеваний посвящено немалое количество работ (Л.С. Темичева, 1986; Н.Ф. Дементьева, 1986, 1990; Л.Г. Камсюк, 1988, 1990; И.И. Гребешева с соавт., 1988; Т.К. Супиев с соавт., 1989; В.Л. Мартынов, Т.Л. Васильева, С.Я. Сарычева, В.С. Полунин, 1990; Г.Д. Селиванова, Н.С. Коротких, Т.А. Добровольская, 1991; Ю.А. Кобзев, 1992; Л.Б. Урбазаева с соавт., Л.Т. Уралова, Т.В. Попова, 1993; А.А. Северный, В.И. Брутман, С.И. Блохина, В.П. Козлова, А.П. Щеглова, А.В. Землянских с соавт., Н.Н. Ваганов с соавт., А.Ф. Неретина, 1994; Л.З. Казанцева, П.В. Новиков, Д.И. Зелинская, Г.Ю. Окунева, В.И. Бондарь, Е.С. Бондаренко с соавт., 1995).

Ученых интересовали вопросы влияния различных факторов на эффективность реабилитации детей-инвалидов и имеющих тяжелые хронические заболевания (А.А. Беседина, 1980; С.А. Леонов с соавторами, 1990; В.Л. Мартынов, 1984, 1986, 1990). Так, поведение и жизнедеятельность детей-инвалидов, страдающих ДЦП, в период реабилитации определяют четыре ведущих фактора:

1. «Ограничения, имеющиеся у ребенка и характер его социальной недостаточности».

2. «Общественно-социальное положение матери и характер ее социально-экономической активности».

3. «Состав и психологический климат семьи».

4. «Возможности семьи по осуществлению реабилитационных мероприятий в домашних условиях» (В.Л. Мартынов, 1992).

Т.В. Попова (1995) выявила психологические особенности детей-инвалидов, указывающие на снижение уровня их социально-психологической адаптации. Это повышенная зависимость от окружающих, инактивность, неадекватность самооценки, нарушение коммуникативных функций.

Г.Ю. Окунева (1995) установила, что активности семьи в реабилитации ребенка-инвалида способствуют такие факторы, как полная большая семья с 2-мя и более детьми, наличие, как минимум, среднего образования родителей, благоустроенной квартиры достаточной площади, удовлетворительное материальное положение семьи, членство в обществе инвалидов и контакты с себе подобными семьями, хорошие взаимоотношения между членами семьи, активный здоровый образ жизни, сознательное отношение к планированию семьи и понимание важности выполнения врачебных рекомендаций в оздоровлении ребенка.

Существующие учреждения для детей-инвалидов подразделяются на: специализированные, функционирующие в рамках здравоохранения (специализированные центры реабилитации, больницы и отделения восстановительного лечения, специализированные дома ребенка, поликлинические отделения реабилитации); органы и учреждения социального обеспечения (дома инвалидов, протезно-ортопедические предприятия и мастерские); органы и учреждения народного образования (специализированные дошкольные учреждения, специализированные школы, школы-интернаты и др. – Л.Г. Камсюк, 1990). Приведенная структура сети учреждений не может удовлетворить потребности изучаемого контингента, так как многие дети-инвалиды находятся фактически вне системы медицинского обслуживания, т.е. не получают достаточного внимания со стороны врачей-реабилитологов, социальных работников и педагогов. В большинстве своем это дети, воспитывающиеся в домашних условиях, которые представляют 82,8% от общего числа инвалидов в возрасте до 16 лет (С. Койкелова, 1990).

С целью расширения сети учреждений, оказывающих медико-социальную и педагогическую помощь детям с отклонениями в развитии, было предложено создание при детских поликлиниках служб медико-социального патронажа детей-инвалидов и их семей,

специализированных групп и классов в обычных детских садах и школах, секций детей-инвалидов и родительских обществ в рамках действующих обществ инвалидов (В.Л. Мартынов, 1992), в рамках «Школ для родителей» (Л.Г. Камсюк, 1990).

Работа с семьей в настоящее время приобретает особо важное значение, поскольку ограниченные возможности ребенка-инвалида распространяются на всю семью в целом, по определению Г.Г. Орловой, 2001, – семьи с ограниченными возможностями (СОВ).

По мнению ряда авторов для детей, воспитывающихся в домах ребенка и интернатах для реабилитационных мероприятий возможно введение групп для курсового лечения. Значительную помощь родителям могли бы оказать учреждения для краткосрочного содержания детей инвалидов типа «Хоспис» (Д.И. Зелинская, 1995). В настоящее время хосписы начали получать распространение в России. Целесообразным признано расширение выездных форм обслуживания детей в школах-интернатах, домах инвалидов, на дому, а также проектирование и строительство объектов культурного назначения, спортивных сооружений, доступных для посещения инвалидами, используемыми для передвижения коляски.

Необходимо отметить, что многие из проблем реабилитации детей – инвалидов в стране не решены. Большинство из имеющихся реабилитационных центров, восстановительных отделений поликлиник и больниц являются узкопрофилированными, имеют недостаточную мощность, слабое материальное оснащение и научно-методическое обеспечение. По данным О.Д. Ивановской (1996), в детских поликлиниках с восстановительными отделениями используется всего 24,7% методик от числа предлагаемых в методических рекомендациях МЗМП РФ (1987, 1995), в реабилитационных центрах – 69,1%. Несмотря на то, что материально-техническое оснащение центров несколько лучше, чем восстановительных отделений поликлиник, имеющиеся ресурсы специалистами используются не полностью. Сравнительный анализ качества и эффективности лечения в данных учреждениях показал, что существующая амбулаторная реабилитационная служба нуждается в существенной реорганизации и дальнейшем совершенствовании.

В стране практически отсутствует целенаправленная подготовка и сертификация специалистов, работающих в центрах реабилитации.

Вместе с тем, в России по инициативе благотворительных и общественных организаций, а также самих родителей, появились негосударственные реабилитационные центры. В роли ведущих

методов реабилитации стали привлекаться новые многообразные методы, в том числе различные виды инвалидного спорта, методы гомеопатии и натуропатии, дельфинотерапия, лечебная верховая езда с инвалидным конным спортом (ИКС). По мнению зарубежных авторов лечебная верховая езда (ЛВЕ) даёт высокий реабилитирующий эффект у детей с умственной отсталостью и тяжёлыми двигательными ограничениями.

Этому вопросу посвящена следующая глава.

Глава 3. Роль и место лечебной верховой езды и инвалидного конного спорта в системе реабилитации пациентов с ограниченными возможностями

С древнейших времен, из записей Эскулапа, Гиппократ и некоторых других античных и более поздних прославленных медиков известно благотворное влияние верховой езды и общения с лошадьми на здоровье человека.

Наибольший интерес из них представляет трактат одного из самых ярких представителей французского Просвещения, философа и учёного Дени Дидро. Обозревая достижения всех современных ему наук в своей «Энциклопедии», вышедшей в свет в 1751 г., в трактате «О верховой езде и ее значении для того, чтоб сохранить здоровье и снова его обрести», автор пишет: «В каждую эпоху считалось признанным, что физические упражнения являются наиболее надёжным и эффективным способом поддержания пошатнувшегося здоровья. И среди физических упражнений, обладающих столь прекрасными качествами, первое место принадлежит верховой езде, с помощью которой можно лечить множество болезней, а также предупреждать их при первых же проявлениях». Особо рекомендовалась верховая езда женщинам, как наиболее подверженным нервным заболеваниям, которые прекрасно поддаются, по мнению учёного, лечению, посредством верховой езды.

Верховая езда как способ восстановления здоровья, стала наиболее интенсивно использоваться в последние 30-40 лет XX века. Она заявила о себе почти одновременно во многих развитых странах мира, там, где сохранялись и сберегались национальные конные традиции.

В их числе Скандинавские страны, Германия, Великобритания и Франция, Польша и Италия, США и Канада, Австралия, Япония, несколько позднее к ним присоединились Грузия, Россия и другие страны СНГ..

Специалисты большинства стран пришли к единодушному мнению о том, что этот метод особенно эффективен при применении его у детей с самыми тяжёлыми причинами инвалидности и ограничениями жизнедеятельности. Высокий эффект описан при детском церебральном параличе, полиомиелите, раннем детском аутизме, олигофрении различного происхождения в т.ч. синдроме Дауна, при шизофрении, сенсорных расстройствах и др.

Вместе с развитием и распространением этого метода, возрастало внимание к нему медиков, заинтересовавшихся механизмом целебного влияния верховой езды на организм занимающихся. В конце позапрошлого столетия французский доктор Перрон, одним из первых, попытался научно обосновать воздействие ЛВЕ на организм. Он установил, что верховая езда оказывает благоприятное воздействие на организм человека, которое заключается, в частности, в активизации двигательной и дыхательной функций, а также функции кровообращения.

Во многих странах стали открываться Центры, в которых в качестве лечебного и восстанавливающего метода использовалась ЛВЕ. Так, в США, на конец XX столетия таких центров было уже более 1000, в Великобритании около 700 групп в которых оздоравливаются более 26 тыс. человек с самой разнообразной патологией, во Франции их более 300, В Польше тогда уже работали около 60 подобных центров и т.д.

Постепенно стали развиваться обмен опытом и сотрудничество между специалистами по ЛВЕ из разных стран.

В каждой стране имеется свой опыт работы по ЛВЕ, своя программа, свой способ преподавания, объём преподаваемых знаний и контингент обучаемых, но в то же время они во многом идентичны и каждая содержит много рационального и полезного.

Учитывая этот факт, Международная Федерация верховой езды для инвалидов (FRDI – президент её г-жа Гундула Хаузер – запланировала на ближайшее будущее разработку странами, членами Федерации создание объединённой программы для обучения специалистов по ЛВЕ на базе уже существующих программ, работающих в отдельных странах. С этой целью FRDI разослала по этим странам обращения с вопросами на тему о различных аспектах системы подготовки специалистов по ЛВЕ.

ЛВЕ – одна из форм лечебной физической культуры, которая использует весьма необычный «спортивный снаряд» – живую лошадь. Принципиальные различия между ЛВЕ и другими формами ЛФК не исчерпываются только использованием лошади в качестве спортивного снаряда, они шире и глубже, поскольку связаны с дополнительными психологическими, физиологическими и эмоциональными воздействиями. ЛВЕ обладает таким уникальным развивающим, психотерапевтическим и лечебным зарядом, воздействие ее столь многопланово и многофакторно, что позволяет использовать этот метод при самых разных категориях патологических состояний, а также при нарушениях физического и

психического развития, умственной отсталости, проблемах в общении, обучении и пр.

Выделены два основных выраженных фактора влияния ЛВЕ: положительное эмоциональное воздействие от общения и взаимосвязи с лошадью и одновременно достаточно жесткие, тренирующие эффекты, связанные с активной мобилизацией физических и волевых усилий.

Именно их сочетание создает уникальную терапевтическую ситуацию. Известно, например, что в Германии был создан тренажер, полностью имитирующий вестибулярные и тактильные влияния и ощущения, возникающие при езде на лошади (что-то вроде прибора, аналогичного велоэргометру). Оказалось, однако, что позитивное влияние катания на «механической лошади» на порядок уступает положительным изменениям, которые наступают при верховой езде на живой лошади.

Наиболее важными терапевтическим и развивающим факторами ЛВЕ являются одновременная, общая комплексная активизация и мобилизация организма – активизация физиологических и психологических (мотивационных) усилий.

Занятия ЛВЕ, проходящие в эмоционально насыщенной атмосфере, в условиях непривычного, после постоянного пребывания пациента в четырех стенах, простора манежа или открытого плаца сопровождаются, как правило, общим подъемом активности пациента, повышением настроения, психического тонуса. ЛВЕ способствует активному развитию моторики, а использование специальных упражнений во время езды на лошади – развитию сложных точностных движений, согласованности действий разных частей тела, зрительно-моторной и слухо-моторной координации, улучшению равновесия, тренировке вестибулярного аппарата. Как правило, у пациентов с моторными нарушениями, при езде на лошади снимается или, по крайней мере, уменьшается боязнь собственных действий, чувство неловкости и беспомощности в движениях и управлении собственным телом.

В ходе занятий ЛВЕ у пациента формируется, расширяется и уточняется образ собственного тела, представление о его возможностях (известно, что у лиц с ограниченными возможностями движения субъективный образ своего тела формируется крайне сложно, недостаточно отчетливо и полно).

ЛВЕ способствует активизации познавательной сферы психики пациента.

Необходимость постоянной концентрации внимания при верховой езде, сосредоточенности, максимально возможной

собранности и самоорганизации, потребность запоминать и планировать последовательность действий, как при езде, так и при уходе за своей лошадью, (для более сохранных пациентов практикуется включение в индивидуальные планы занятий уход за лошадьми), помощь в чистке, седловке, кормлении, пастьбе и др. активизируют психические процессы. Происходит развитие слухомоторной и зрительно-моторной координации; расширяются представления пациента о животных, о природе в целом и о своём месте среди окружающего его мира.

Кроме того, согласно многократно проверенному и подтверждённому мнению специалистов по иппотерапии, во время ЛВЕ достоверно повышается способность больных детей к обучению, усвоению новых знаний и навыков.

Общаясь с лошадью, ухаживая за ней, пациент получает яркий положительный эмоциональный заряд. Развиваются механизмы эмоционально-личностной регуляции, пациент учится преодолевать свой страх, достигать успеха, одерживать пусть небольшую, но победу, испытывать гордость, чувствовать себя способным преодолевать трудности.

У пациентов, изолированных, в связи с недугом в пространстве своих квартир, такого опыта, чрезвычайно важного для развития личности, в их повседневной жизни крайне недостаточно, поэтому так важны для них неиспытанные ранее ощущения свободы и раскованности, которые они получают от занятий в просторном манеже или на открытой площадке.

В качестве отдельного терапевтического фактора ЛВЕ можно выделить и контакт со взрослыми специалистами (инструктором, коноводом, другими), которые внушают ребенку веру в его силы, проявляя уважение, интерес и участие, готовность ненавязчиво помочь в случае необходимости. Такие отношения развивают и социальную адаптацию, создавая условия для усвоения необходимых в общении навыков.

Наконец, в ситуации групповых занятий по ЛВЕ, к вышеописанным положительным факторам, присоединяется получение опыта нахождения в группе, подчинения групповым правилам и интересам. Возможность почувствовать себя частью коллектива очень редко выпадает больным, которые вынуждены общаться в основном только со своими близкими.

Благодаря групповой ЛВЕ у пациента развиваются эмоциональные механизмы как азарта и соперничества, так и включённости в групповую задачу, сопереживания другим членам группы, переживания общей радости.

В силу вышеперечисленных реабилитационных возможностей, ЛВЕ создает уникальную, комплексно воздействующую на пациента, лечебную и развивающую ситуацию.

Для многих бесперспективных инвалидов ЛВЕ – последняя надежда. Положительные эффекты отмечены у пациентов с церебральным параличом, полиомиелитом, некоторыми генетическими заболеваниями, рассеянным склерозом и многими другими патологиями.

ЛВЕ ставит перед собой и решает следующие задачи:

1. противодействовать отрицательному влиянию гипокинезии, обусловленной болезнью и развивать физическую активность больного;
2. адаптировать организм больного к физическим нагрузкам;
3. способствовать восстановлению нарушенных функций;
4. улучшать или восстанавливать состояние здоровья;
5. способствовать социальной и бытовой реабилитации, и адаптации;
6. формировать новые или восстанавливать утраченные навыки.

В мировой практике широко используется высшая форма ЛВЕ – конный спорт для инвалидов – мощное средство социальной реабилитации для людей с ограниченными физическими или интеллектуальными возможностями, неиссякаемый источник радости, гордости, удовлетворения своими достижениями, никогда ранее не испытанными, это появление веры в возможность преодолеть страх, совершенствовать свои умения, побеждать, двигаться вперед.

Спорт для инвалидов – достояние последней трети 20-го столетия. Члены человеческого общества, объединившие усилия для того, чтобы создать международные спортивные программы для своих собратьев с ограниченными возможностями, исходили из убеждения о том, что каждый человек рождается с равными правами на все виды человеческой деятельности, приносящие веру в свои силы, радость и удовлетворение.

Люди, которым природа открыла все пути к использованию этого права, обязаны обеспечить и тем, кому не так повезло, равную возможность проявить свои силы и умения, почувствовать радость участия в состязаниях и победы, ощутить себя равноправным членом человеческого социума, в котором он живёт

В настоящее время в мире существуют и действуют две международные спортивные организации и две спортивные Программы для инвалидов, которые официально признаны МОК-ом

и получили право называться «Олимпийскими» – это летние и зимние «Специальные Олимпиады» для лиц с интеллектуальной недостаточностью (IQ не выше: 60%), а также летние и зимние «Паралимпийские Игры», для лиц с любыми видами инвалидности в т.ч. и с нарушениями интеллектуального развития (IQ не выше 70%).

Программа «Специальной Олимпиады» была создана в 1968 году госпожой Юнис Кеннеди Шрайвер (сестрой американского президента Джона Кеннеди) и объединила 23 зимних и летних вида спорта, конный спорт был введён в программу позднее.

В России «Специальное Олимпийское» движение началось в 1993 года с зимних видов спорта, а в 1995 году спортсмены-инвалиды России принимали участие в IX-ых летних «Специальных Олимпийских Играх» и завоевали более 100 золотых медалей, в т.ч. несколько из них завоевали спортсмены-конники.

Первые конные соревнования (выездка) в «Паралимпийских Играх» были проведены в Атланте (США) и в них приняли участие 16 стран. С 1984 года стали проводиться Международные Игры и международные Чемпионаты по инвалидному конному спорту: в 1984 г. в Нью-Йорке (США), где участвовало шесть стран, в 1987 г. в Швеции, в 1990 г. в Голландии, в 1991 г. в Дании, в 1994 г. в Англии (там впервые были проведены соревнования по управлению экипажами). В отдельных странах стали проводить соревнования по конному спорту для инвалидов и организаторы иногда приглашали на них спортсменов-инвалидов из других стран. Как правило, в программе этих соревнований была только выездка (высшая школа верховой езды), но кое-где пробовали проводить соревнования и по преодолению несложных препятствий, в т. числе в г. Ярославле в 2002 и 2003 гг. проводилось первенство России по преодолению препятствий, «Кубок Ярославля».

В программе «Паралимпийских Игр – 2000», в Сиднее (Австралия) конный спорт также был представлен выездкой и на них впервые выступал представитель Российской сборной команды конников-инвалидов, занявший почётные 6-ое и 7-ое места среди 21 спортсменов, Илюша Шульга.

В программу «Специальной Олимпиады» включены элементы из отдельных видов конного спорта, в т.ч. кое-что из классических видов, (например элементы выездки), элементы конноспортивных игр, различные комплексы упражнений в манеже. Правила этой Программы меняются от «Олимпиады» к «Олимпиаде». Неизменным остаются только ритуал и церемония проведения таких соревнований, которые созданы с таким расчётом, чтобы спортсмены со сниженным интеллектом не имели повода для обид или зависти,

чтобы соревнования для них оставались только источником радости и дружелюбных взаимоотношений. Что касается самих соревновательных заданий и упражнений, содержащихся в программе «Специальной Олимпиады», они требуют от участников достаточной смелости, высокого уровня умения управлять лошадью и памятью, чтобы запоминать последовательность и суть заданий. Для уравнивания возможностей спортсменов со сниженным интеллектом их разбивают на отдельные дивизионы: (по возрасту, по особенностям состояния здоровья и уровню физических и интеллектуальных возможностей). В каждом дивизионе не более 8 спортсменов и они соревнуются только между собой и разыгрывают золотые, серебряные и бронзовые медали внутри дивизиона. Спортсмены, оставшиеся без наград получают значки и медали, а также подарки на церемонии закрытия, независимо от личных успехов.

«Паралимпийская Программа» отличается тем, что включают именно классические виды конного спорта, конечно в адаптированном варианте, которые входят в программы конноспортивных состязаний в обычных «Олимпийских Играх» (пока только выездка), хотя не исключено, введение, в ближайшем будущем, соревнований по конкурам (преодоление препятствий)

До 2006 года Паралимпийским спортом руководили международные Паралимпийские Комитеты по видам спорта. Их упразднили и взамен учредили Паралимпийские отделения по видам спорта при Международных Федерациях по видам спорта.

В Паралимпийской конноспортивной программе для инвалидов, для уравнивания возможностей создана Классификация увечий, согласно которой все виды инвалидности представлены в 48 профилях (номер 48 – это здоровые люди и в Паралимпийской программе участвовать не могут). Все 48 профилей составлены согласно диагнозам увечий или заболеваний. Их объединяют в 5 уровней (До 2006 г. уровней было 4, добавили промежуточный уровень(1a)), по физическим и интеллектуальным возможностям, независимо от диагнозов заболеваний или увечий. Каждый из этих уровней содержит несколько тестов (заданий по выездке), возрастающих от уровня к уровню по трудности и сложности.

В России практика использования ЛВЕ и ИКС началась в 1991 году с открытия в Москве первого реабилитационного центра на основе ЛВЕ и, затем, создания Национальной Федерации лечебной верховой езды и инвалидного конного спорта в 1997 г. (Президент – Роберт Н.С). Впоследствии центр стал опорной учебно-методической

базой Федерации. Его опыт положен в основу настоящего исследования.

Организация центров с комплексной реабилитацией, в том числе на основе ЛВЕ с ИКС до сих пор в России является малораспространенной формой реабилитации, хотя интерес к ним и их число непрерывно растёт, а число подобных центров к 2008 году перевалило за 150! Интерес к подобным центрам растет с каждым годом, но в их организации и деятельности остается множество нерешенных вопросов. Среди них наиболее важными являются: отсутствие унифицированных методологических и методических подходов к комплексной реабилитации детей-инвалидов и обобщенного опыта деятельности отечественных и зарубежных центров реабилитации на основе ЛВЕ с ИКС. Не менее важны разработка и внедрение адекватных критериев оценки эффективности проводимых реабилитационных мероприятий.

Глава 4. Методология реабилитации пациентов с помощью лечебной верховой езды (ЛВЕ). Показания и противопоказания

Вопросам методологии реабилитации на основе ЛВЕ уделялось достаточное внимание в изданных ранее публикациях опорного центра Национальной Федерации лечебной верховой езды и инвалидного конного спорта – «Центре реабилитации инвалидов с детства «Наш Солнечный Мир»

В этой главе мы остановимся на общих принципах методологии ЛВЕ, необходимых для непосвященного читателя.

Занятия по ЛВЕ предполагают взаимодействие нескольких основных участников процесса: пациент, инструктор, коновод, и лошадь. Нередко, если пациент тяжёлый, в прямом или переносном смысле, или, если занятия предусматривают упражнения с разными предметами (мячи, обручи и др.), в занятии участвует помощник инструктора. Инструктор руководит занятием, проводимым согласно индивидуальному плану, страхует пациента, корректирует действия всех участников процедуры. Коновод отвечает за состояние и поведение лошади, по команде инструктора ведёт, останавливает, или поворачивает лошадь и выполняет другие распоряжения инструктора (Приложение №3, 4).

На сегодняшний день не существует единой общепринятой и официально утверждённой классификации форм и видов ЛВЕ, а также общепринятой терминологии, хотя сотрудниками центра предложена, разработанная ими классификация форм и видов иппотерапии, на базе французской классификации (также не утверждённой официально), т.к. считали её наиболее приемлемой для наших условий. Вот, некоторые её положения:

С самыми тяжелыми больными и со всеми начинающими, как правило, занимаются **собственно иппотерапией**, т.е. проводят индивидуальные занятия, при которых лошадь используется как «лечебное средство». При этом пациента сажают на «голую» (без седла) лошадь со страховочной подпругой (гурт) под которую иногда подстилают овечью шкуру. На больного воздействуют её тепло (температура тела лошади почти на 2 градуса выше, чем у человека), которое прогревает поражённые болезнью ягодицы и бёдра и массирующие движения мощных мышц спины животного, а ритмичные колебания спины лошади во время езды шагом успокаивают возбуждённого пациента. Шаг лошади по своим ритмическим характеристикам почти идентичен человеческому шагу

и создаёт у неходячих всадников впечатление, что шагают они сами. При занятиях **собственно иппотерапией** пациент не использует средства управления лошадью.

Для более надёжной страховки пациента при занятиях с самыми тяжёлыми из них, иногда, если нет помощника, приходится прибегать к помощи родителей, которые должны быть предварительно проинструктированы.

Более сохранные пациенты начинают обычно тоже с индивидуальных занятий, с **собственно иппотерапии**, но для них это только первый этап овладения умениями верховой езды. Данная категория пациентов целенаправленно движется по направлению к обучению элементам управления лошадью, к работе с поводом, укреплению правильной посадки в седле, т.е. начинает заниматься **собственно лечебной верховой ездой (ЛВЕ)**

Дальнейшее совершенствование на этом этапе предполагает обучение владению средствами управления лошадью, с постепенным совершенствованием этого умения, вплоть до начала занятий элементами конного спорта для инвалидов. Этот процесс достаточно длительный и очень по-разному проходит для разных пациентов, с очень серьёзной иногда почти непреодолимой зависимостью от формы заболевания и уровня физических и интеллектуальных возможностей пациентов. Часть из них надолго или даже навсегда остаются на уровне «**собственно лечебной верховой езды**», хотя внутри этого уровня двигаются вперёд, другие же успешно проходят все стадии «**собственно ЛВЕ**» и становятся участниками тренировок и соревнований по конному спорту для инвалидов. На этапе «**собственно лечебной верховой езды**» занятия проводятся как по индивидуальному, так и по групповому методу. При групповых занятиях одновременно занимаются от 3-х до 6-ти всадников, причём с успехом используются группы, в которых вместе с пациентами занимаются и здоровые ребята, чей опыт верховой езды примерно равен опыту пациентов. Занимается с группой один тренер, а каждого всадника страхует коновод или помощник. Эта страховка в зависимости от умения всадника, более или менее существенна, те же пациенты, которые вполне надёжно управляют лошадью самостоятельно, могут обходиться вообще без помощников, (по решению инструктора)

Следующий за собственно лечебной верховой ездой этап – «**инвалидный конный спорт**», но о нём речь впереди

В нашей стране делаются только первые шаги в использовании ещё одного, отличного способа реабилитации с помощью лошади – это «**вольтижировка**» (гимнастика на лошади), которая очень

популярна и широко распространена за рубежом и приносит замечательные результаты. «**Вольтижировка**» рекомендована, только пациентам физически сохранным, но с нарушениями психики или отставанием в интеллектуальном развитии. В планах Федерации записано развитие этого интересного и очень полезного вида лечебной верховой езды, которым в России пока почти не занимаются.

Есть ещё один способ использовать лошадь с целью реабилитации инвалидов – это «**управление экипажами**» или упряжками, очень увлекательный и неплохо развивающий вид, конного спорта и ЛВЕ, который только начал развиваться в России в большом конном спорте, но не получил ещё развития в инвалидном конном спорте. Наша Федерация планирует заняться организацией и развитием и этого вида конного спорта и метода реабилитации.

Замечено, что упражнения и игры на спине лошади, общение с ней, индивидуальная работа инструктора с каждым пациентом и спортсменом-инвалидом стимулируют у них желание и умение слушать, учиться и трудиться, дают ему возможность осознать полученный опыт, обрести уверенность в себе. На фоне положительных эмоциональных переживаний происходит высокая концентрация сил и внимания пациента. Все эти явления играют положительную роль в процессе развития и становления индивидуума. При этом, пожалуй, самым ценным личностным сдвигом, происходящим в результате занятий ЛВЕ, можно считать пробуждающийся у пациента активный интерес к жизни, стремление преодолеть недуг, осознание своих скрытых возможностей и человеческой полноценности.

Нетрудно убедиться в том, что у пациентов, изолированных в пространство четырёх стен в связи с недугом, такого опыта, чрезвычайно важного для развития личности, в повседневной жизни практически нет.

Помимо уникального и разнообразного опыта, приобретенного пациентом на занятиях, и позитивных изменений в его самооценке, очень важны и положительные сдвиги в отношении родителей к своим детям. «Рейтинг» ребенка-инвалида в глазах его родителей резко возрастает, когда они видят не немощное и полностью зависящее от них существо, а радостно возбужденного, смело и умело обращающегося с лошадью всадника, который на равных общается с окружающими.

Показания и противопоказания к занятиям ЛВЕ

В каждом конкретном случае вопрос о показаниях и противопоказаниях к занятиям по ЛВЕ для каждого пациента решается врачом индивидуально.

Абсолютные медицинские противопоказания для использования метода ЛВЕ, весьма ограничены:

- «Болезнь Лобштейна-Фролика(несовершенный остеогенез, остеопороз)повышенная ломкость костей»);
- гемофилия;
- все острые инфекционные заболевания;
- хронические заболевания в остром периоде и в стадии обострения; в т.ч. диабет и воспалительные заболевания почек в стадии декомпенсации и обострений.
- Некоторые травматические и воспалительные поражения тазобедренных суставов(в т.ч. неоперированный врождённый вывих тазобедренного сустава) и серьёзные травматические повреждения в шейном и поясничном (нижняя треть) отделах позвоночника.

Относительными противопоказаниями являются:

- сахарный диабет – можно заниматься ЛВЕ при условии содержания сахара в крови на нормальном или околонормальном уровне);
- эписиндром органического или психотического типа – занятия возможны только при постоянном приёме противосудорожных средств;
- хронические гломеруло и пиелонефриты – занятия допустимы только при нормальных анализах мочи и занятия только на шагу;
- посттравматические повреждения позвоночника, особенно в шейном и поясничном отделах – в отдельных случаях можно ездить, но только шагом, (при большом опыте верховой езды немного рыси, только облегчённой) и со всеми предосторожностями;
- особое внимание следует уделить пациентам с синдромом Дауна, допуская их до занятий ЛВЕ только при наличии рентгенограммы шейного отдела позвоночника, свидетельствующей об отсутствии у них специфической патологии шейных позвонков;
- непреодолимый страх перед лошадью, перед необходимостью подойти к ней, сесть на неё. Если страх не проходит по прошествии длительного времени и многих попыток

- приучить пациента к лошади. Если удаётся изменить ситуацию к лучшему, можно постепенно и осторожно продолжать адаптацию всадника к верховой езде;
- Беспричинные, необъяснимые, постоянно возникающие при посадке на лошадь болевые ощущения у пациента. Если с помощью психолога удаётся снизить или избавиться от этих ощущений, улучшить настроение пациента, можно осторожно продолжить занятия ЛВЕ, не форсируя их и не допуская переутомления;
 - Высыпания или различного рода воспалительные процессы в местах соприкосновения всадника с седлом или со спиной лошади. Заниматься можно только при условии полного излечения, используя в дальнейшем мягкую подстилку (овечьей шкурки) на седло или на спину лошади.

Кроме противопоказаний существуют ещё предосторожности, или предостережения о которых врач обязательно сообщает инструктору по ЛВЕ. Это индивидуальные предписания врачей предназначенные для отдельных пациентов:

Некоторым пациентам перед занятиями необходимо опорожнить мочевой пузырь, другим противопоказаны упражнения с опусканием головы и др., третьи нуждаются в мягкой подстилке из-за чувствительной и ранимой кожи и т.д.

Глава 5. Организационная структура и развитие реабилитационного центра на основе лечебной верховой езды с инвалидным конным спортом

В главе последовательно излагаются вопросы, связанные с примерной организационной структурой реабилитационного центра на основе ЛВЕ с ИКС, а также предложения по приоритетным направлениям развития подобной организации.

Работа Центра осуществляется в двух режимах – городском (стационарном), продолжительностью около 8,5-9-ти месяцев и летнем (выездном), продолжительностью около 2-х месяцев. Описаны стационарный вариант деятельности Центра и его летний выездной вариант.

Организационная структура реабилитационного центра

Организационная структура Р.Ц. изображена на рисунке 5.1.



Рис. 5.1. Организационная структура Реабилитационного центра

Многогранная деятельность центра реализуется несколькими подразделениями с разными функциональными обязанностями. Среди них администрация, отделение медицинской и физической реабилитации, спортивно-оздоровительное отделение и отделение психолого-педагогической реабилитации.

Центр располагает конюшней с 8-ю лошадьми, службой ухода за ними (ветврач, 4-конюха), необходимым конским снаряжением (конное отделение).

Организационная схема отделения медицинской и физической реабилитации дана на рисунке 5.2.

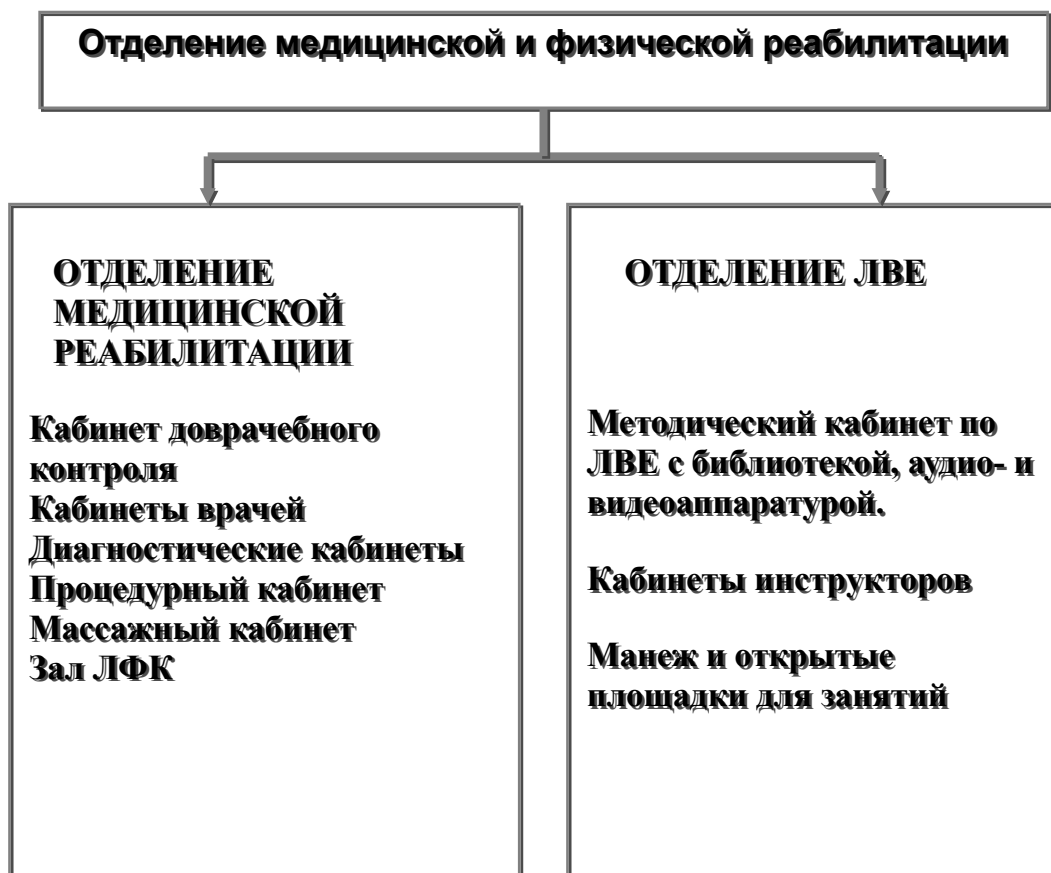


Рис. 5.2. Организационная схема отделения медицинской и физической реабилитации

В отделении медицинской реабилитации центра осуществляются: лечебно-профилактическая работа с контингентом центра, медицинское обеспечение занятий по ЛВЕ, постоянный медицинский контроль.

Отделение ЛВЕ обеспечивает: регулярные занятия ЛВЕ, тренировки по конно-спортивной программе Специальной

Олимпиады, тренировки по Паралимпийской конно-спортивной программе, методическая работа по вопросам ЛВБ с ИКС.

Организационная структура спортивно-оздоровительного отделения и отделения психолого-педагогической реабилитации представлена на рисунке 5.3.

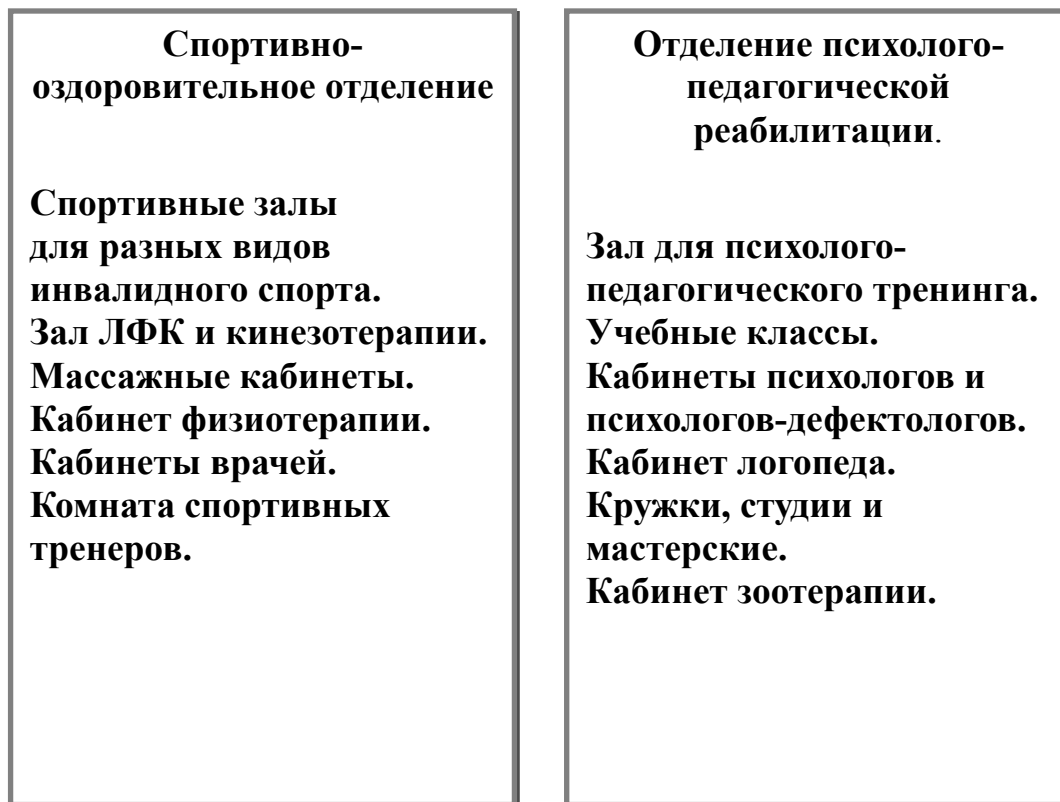


Рис. 5.3. Организационная структура отделений спортивно-оздоровительной и психолого-педагогической реабилитации

В спортивно-оздоровительном отделении центра осуществляются тренировки по различным видам инвалидного спорта. Среди них наиболее востребованными и результативными в свете эффективности реабилитации являются настольный теннис, пауэрлифтинг, занятия с элементами восточных единоборств, армреслинг.

Функции отделения психолого-педагогической реабилитации чрезвычайно разнообразны. Одна из основных функций – психологическая поддержка пациентов и их родственников. Усилиями психологов, педагогов и логопедов достигается коррекция поведения, дефектов речи, расширяются навыки по

самообслуживанию. В кружках и студиях развиваются творческие способности, формируются первичные навыки разнообразных ремесел.

В центре большое внимание уделяется формированию навыков общения. Для этого используются методики так называемой средовой реабилитации, цель которой уменьшить социальные ограничения и способствовать интеграции инвалидов в общество здоровых людей.

В реабилитационном центре важную функциональную роль несет летний оздоровительный лагерь.

Структура подразделений летнего оздоровительного лагеря с применением ЛВЕ с ИКС показана на рисунке 5.4.



Рис. 5.4. Структура летнего интеграционного оздоровительного лагеря на основе ЛВЕ с ИКС

Летом, в условиях совместного проживания за городом, возможности для реализации Комплексной программы многократно увеличиваются. Появляется возможность использовать в полную силу метод системной или средовой реабилитации, который сегодня в условиях города невозможно реализовать полностью.

Основная цель программы летнего оздоровительного интеграционного иппотерапевтического лагеря, разрабатываемой сотрудниками Центра к каждому летнему сезону – создание для семей с детьми-инвалидами, в лагере, особым образом организованного пространства, некоей специальной среды, которая содержит необходимую для развития детей с различными отклонениями информацию и наилучшим образом воздействует на пациентов и членов их семей. Эта среда способствуя реализации их физической, психосоциальной и личностной реабилитации, обеспечивает осуществление реальных потребностей и возможностей каждого ребёнка, стимулирует внутренние потребности его развития, получения собственного опыта общения и соприкосновения с внешним миром – миром людей и миром природы, выстраивание в своём сознании собственного места в этом мире, собственной ниши, а также интеграция и самореализация каждого пациента и членов его семьи в общество их сверстников и взрослых обитателей лагеря.

Для достижения этой цели наиболее эффективным показывает себя метод системной или средовой реабилитации.

Кадровое обеспечение реабилитационного центра

Основным кадровым составом центра являются медицинские работники, инструкторы ЛФК, психологи, логопеды, педагоги и воспитатели. В составе центра администраторы, хозяйственники, бухгалтер и юрист (Приложение №2).

Большинство штатных сотрудников центра имеют высшее образование (27 человек), 9 со средним специальным и 24 со средним образованием. По профессиональному признаку, в центре больше всего специалистов, обладающих дипломами психологов, дефектологов, педагогов – их 11 чел., ещё 4 специалиста имеют дипломы врачей, 2-е – дипломы логопедов, ещё у 2-х высшее физкультурное образование, у 2-х зоотехническое, у 2-х – экономическое, и ещё по одному сотруднику с дипломами ветеринарного врача и филолога.

Из 9-ти специалистов со средним специальным образованием – 4 психолога, 2 медсестры, 1 фельдшер, 1 инструктор ЛФК, и 1 экономист.

Большинство сотрудников являются обладателями сертификатов международного образца по лечебной верховой езде У всех, кроме недавно принятых на работу специалистов, есть также сертификаты Британской Ассоциации иппотерапевтов высшей категории (у 4-х сотрудников) и средней (у 7-ми человек). Кроме того, у 2-х инструкторов имеются сертификаты, полученные в результате трёхгодичного обучения на заочном отделении по иппотерапии факультета «Спорт, здоровье и биология человека» Парижского Университета «Paris-Nord».

В центре постоянно ведётся методическая работа по повышению квалификации сотрудников, по технике безопасности и оказанию первой доврачебной помощи, тематические разборы. К занятиям привлекаются врачи и руководители подразделений центра.

Почти все сотрудники центра занимаются научно-практической деятельностью, собирают, изучают и обрабатывают материалы по опыту работы центра, принимают активное участие в работе семинаров, научно-практических конференций, круглых столов по проблемам ЛВЕ и смежным дисциплинам. Все инструкторы ЛВЕ обучаются верховой езде, участвуют в тренировках и выступают в соревнованиях, проводимых на ипподроме.

Кроме перечисленных дипломов, большинство сотрудников центра имеют сертификаты различных обучающих циклов, программ по ЛВЕ, семинаров по психологии, по инвалидному конному спорту, в т.ч. 16 из них являются обладателями сертификатов Российского Университета Дружбы Народов по теме: «Актуальные проблемы комплексной реабилитации пациентов с ограниченными возможностями на основе ЛВЕ с ИКС».

Общий стаж работы более 50 лет имеют три сотрудника центра, стаж 40-30 лет у двух сотрудников, стаж от 30 до 20 лет имеют 5 человек, от 20 до 10 лет – 9 человек, стаж от 10 до 5 лет у 17 и от 5 до 2-х лет – у 24 человек.

Развитие реабилитационного центра на основе ЛВЕ с ИКС

Большое значение для успешной деятельности реабилитационных центров на основе ЛВЕ с ИКС имеет планомерное развитие реабилитационного центра на основе изучения опыта, анализа по итогам деятельности за год и планов развития центра.

За время работы реабилитационного центра ежегодно проводится корректировка планов по его развитию. Сегодня в

центре продолжается процесс внедрения новых современных технологий реабилитации, в том числе занятия разными видами инвалидного спорта, (настольный теннис, дзюдо, айкидо, каратэ), включение в процесс реабилитации игровых занятий, отдельно с разными возрастными группами, с использованием элементов русского фольклора, с постоянным совершенствованием этих занятий. А также введение в программу процедур кинезотерапии, логопедической гимнастики, сеансов спортивных танцев, занятий в многочисленных кружках, мастерских и студиях. Решение о внесении того или иного из перечисленных способов реабилитации в индивидуальную программу пациента принимается при совместном обсуждении этой программы врачами, инструкторами по ЛВБ, педагогами и психологами центра.

Задача развития центра осуществляется как за счет циклов по повышению квалификации сотрудников центра, их участия в тематических семинарах, проводимых как в своём центре, так и в других реабилитационных организациях, так и за счёт участия в регулярных семинарах в Институте коррекционной педагогики, а также участие в методических разборах, открытых уроках по специальности.

Очень серьёзная роль в развитии центра возлагается на изучение результатов социологического опроса родственников пациентов центра и его сотрудников, с помощью которых вносится необходимая коррекция в стратегию и тактику работы центра. Среди приоритетных направлений развития реабилитационных центров именно укрепление материально-технической базы является основным условием их успешной деятельности и развития. Не имея постоянного финансирования, такие центры используют для привлечения финансов отдельные целевые вложения федеральных органов, связанные с выполнением конкретных положений правительственных программ, также используются грантовые программы по разным направлениям деятельности центра. До правительственного постановления 2002 года очень ощутимой и, иногда ,даже регулярной, была спонсорская помощь, но после него она резко сократилась и стала редкой и непостоянной. Немного помогали ранее и продолжают помогать родители, которые имеют такую возможность.

В заключении приводим стоимостные характеристики реабилитационной помощи пациентам и источники финансирования негосударственного реабилитационного центра, являющегося опорной базой Национальной Федерации лечебной верховой езды и инвалидного конного спорта. Многие годы опорный центр

существовал на разовые благотворительные взносы, спонсорские вложения и другие средства, полученные в рамках фан-чайзинга. Регулярное финансирование деятельности центра началось в последние годы с регистрацией региональной благотворительной организации инвалидов, финансирующей центр на основании попечительского договора. Используется также принцип самофинансирования, который заключается в организации различных платных обучающих циклов по подготовке специалистов по ЛВЕ и тренеров по ИКС, издание специальной литературы по ЛВЕ и ИКС, проведение выездных семинаров и другое.

Себестоимость комплексной программы реабилитации в условиях городского режима работы составляет на одного пациента в зависимости от объема индивидуальной реабилитационной программы 6200–10400 рублей в месяц. Себестоимость реабилитационной программы в условиях летнего оздоровительного лагеря за 18 дней пребывания составляет 16000–24000 рублей.

Глава 6. Система комплексной реабилитации пациентов с ограниченными возможностями

Опыт работы по реабилитации пациентов с ограниченными возможностями убедительно доказывает безусловное преимущество использования при этом целого комплекса реабилитационных мер взаимосвязанных и дополняющих друг друга. Основным системам комплексной реабилитации посвящена настоящая глава.

Сочетание ЛВЕ с лечебным массажем и ЛФК

Сочетание лечебной верховой езды с лечебным массажем оказалось очень эффективным. Способы и приёмы массажа, применяемого совместно с ЛВЕ, различаются в зависимости от диагноза и реабилитационных задач, решаемых на данном этапе. Очень эффективным оказалось сочетание ЛВЕ с лечебным массажем.

Массаж, применяемый в работе с детьми, страдающими церебральными параличами, в том числе детским церебральным параличом (ДЦП) и другими паралитическими синдромами отличается от других видов массажа.

Главное отличие такого массажа от других его форм заключается в том, что при лечении больных с ДЦП почти все приемы и методы воздействия лечебного массажа, в основном, направлены на нормализацию рефлекторной деятельности центральной нервной системы, в то время как обычный общеукрепляющий оздоровительный, спортивный и другие виды массажа в большей степени направлены на улучшение обмена веществ, метаболизма тканей и выведение шлаков из организма. Учитывая, что более одной трети контингента Центра (94 чел. из 250) составляют пациенты, страдающие ДЦП, мы сочли наиболее целесообразным для таких больных сочетание лечебной верховой езды с той же формой массажа, которая применяется при лечении и реабилитации таких больных. Массаж в сочетании с ЛВЕ, кроме своего основного предназначения, служит, в зависимости от состояния тонуса мышц пациента или в качестве подготовительной процедуры перед верховой ездой или в качестве заключительного успокаивающего фактора.

В лечении детского церебрального паралича наиболее эффективными являются следующие методики массажа:

- 1) классический лечебный;
- 2) для улучшения дыхания;

3) сегментарный;

4) точечный.

Применение массажа у детей с ДЦП позволяет:

1) повысить работоспособность и выносливость мышц;

2) улучшить функцию суставов и связочного аппарата;

3) ускорить кровоток и лимфоток;

4) облегчить работу сердца;

5) понизить рефлекторную возбудимость мышц с повышенным тонусом;

б) стимулировать работу ослабленных, паретичных мышц.

Классический лечебный массаж выполняется с помощью обычных приемов: поглаживания, растирания, разминания, выжимания, поколачивания и других.

Для расслабления спастического состояния мышц используются приемы поглаживания, потряхивания, катания, валиния. Спокойное поглаживание оказывает успокаивающее, обезболивающее действие. Более энергичное и глубокое поглаживание приводит к повышению нервной возбудимости.

Для стимуляции гипотоничных и функционально ослабленных мышц, повышения их тонуса и сократительных возможностей используются приемы глубокого поглаживания, разминания, растирания, поколачивания, вибрации, штрихования и т.д. Стимуляция выполняется при отсутствии контрактур и повышенной чувствительности кожных покровов и мышечных рецепторов. Вначале выполняется массаж шеи, воротниковой зоны, затем следует массаж спины, ягодиц, боковой поверхности туловища. Все перечисленные области массируются при положении ребенка лежа на животе.

Для восстановления положения лопаток и правильной фиксации их у позвоночника проводятся расслабление большой грудной мышцы и специальный прием стимуляционного массажа мышц лопатки и подлопаточной области. После этого, продолжая общий массаж, проводится массаж груди, живота, рук и ног при положении ребенка лежа на спине. Более мягкий и легкий массаж проводится по внутренней и передней поверхности рук, внутренней и задней поверхности ног.

Массаж применяется также для нормализации и углубления дыхания. Обычно он проводится при положении ребенка лежа на спине. Используются приемы поглаживания и легкого разминания по переднебоковой поверхности грудной клетки, косым мышцам живота, прямой мышце живота. Особое внимание уделяют массажу большой грудной мышцы и межреберных мышц, которые у многих

пациентов с ДЦП ослаблены и являются причиной частых простудных заболеваний верхних дыхательных путей. Затем проводят точечный массаж по ходу реберных дуг и местам прикрепления диафрагмы, продавливая мышцы передней стенки живота и заводя пальцы под края ребер.

Сегментарный массаж при детском церебральном параличе используют в основном для оказания рефлекторного воздействия на сегментарный аппарат спинного мозга через определенные участки кожи, рецепторы сухожилий, связок, мышц. Опосредованное рефлекторное влияние оказывается и на состояние центральных нервных структур головного мозга. При этом улучшается кровоснабжение и питание сегментов спинного мозга и массируемых участков мышц. Сегментарный массаж проводится вдоль позвоночника, от крестцового до шейных отделов включительно.

Метод точечного массажа наиболее разработан для рефлекторного воздействия при детском церебральном параличе.

Для расслабления мышц, уменьшения патологической активности рефлексов или симптомов применяется тормозной тип точечного массажа. Воздействие может быть поверхностным, при котором выполняются вначале вращательные движения по часовой стрелке с постепенным суживанием площади массажа и используется в основном прием поглаживания (50-100 раз) до появления ощущения тепла и общего успокоения, расслабления. При глубоком воздействии, массажист начинает с легких поглаживаний по часовой стрелке (30-50 раз), затем, постепенно углубляясь, проводит растирание (20-30 раз). При глубоком воздействии используется медленное разминание и давление до появления ощущения тяжести, онемения, распирания, ломоты. После достижения этих ощущений массаж продолжается еще 20-30 секунд. Затем все приемы массажа проводятся в обратном порядке с постепенным уменьшением силы давления. Движение производят против часовой стрелки с расширением зоны действия.

Очень результативно сочетание массажа с элементами ЛФК и отдельными элементами мануальной терапии. Вопрос о назначении этих дополнительных методик в каждом отдельном случае решается врачом индивидуально.

Практически невозможно предложить обобщённые инструкции по применению элементов ЛФК и мануальной терапии. Всё зависит от особенностей статуса конкретного пациента. Однако, опыт массажистов Центра, убедительно доказал эффективность применения активных и пассивных движений массируемых конечностей, шеи, грудного и поясничного отделов позвоночника в

разных положениях. Это помогает пациенту самостоятельно совершать те движения, которые у него ограничены.

Психолого-педагогическая и социально-творческая реабилитация

Другой важной составляющей системы комплексной реабилитации являются психолого-педагогическая и социально-творческая реабилитация. Важно подчеркнуть, что их цели не ограничиваются только развитием психологических и социальных функций. Они дают возможность пациенту активно участвовать в процессе реабилитации и выборе программы для собственных занятий.

Все компоненты программы психолого-педагогической и социально-творческой реабилитации объединены в единую систему, т.к. только сочетанное, логически объединённое, чётко распределённое использование названных компонентов программы, опирающихся на регулярные занятия по ЛВЕ, является благодатной почвой и залогом достижения главной цели деятельности Центра.

Реализация этой цели зависит от совместных усилий, практически всего состава сотрудников Центра через осуществление отдельных звеньев всей Комплексной Программы. Для каждого пациента составляется индивидуальный план, согласно которому проводятся индивидуальные занятия с логопедами, олигофренопедагогами, и занятия с психологами (индивидуальные и групповые, с пациентами и родителями). В план включается работа в мастерских, кружках и студиях.

В Центре работают мастерские: ткацкая, керамическая, столярная, швейная, (шитьё мягкой игрушки), кружки: «Уголок живой природы», театральные, фольклорных игр, музыкальный и др. Всех желающих 1-2 раза в месяц руководитель «Уголка живой природы» приглашает на экскурсию в зоопарк или на экскурсию по близкому ознакомлению с флорой и фауной ипподрома.

Кроме этого, силами педагогов, при активной помощи всех остальных сотрудников, проводятся праздничные утренники для младших детей и вечера для тех, кому больше 12 лет.

Эти направления реабилитации осуществляются единым коллективом психологов, педагогов, руководителей творческих мастерских.

Условно различаются 2 уровня реабилитации:

На первом уровне осуществляются занятия различными видами творчества (музыкального, живописного, театрального,

кукольного театра). В связи с проведением праздников, фольклорных игр, танцев, костров и других общелагерных мероприятий быстрее достигаются лечебные эффекты, чем в обычных условиях. Отмечено, что у детей-инвалидов развитие творческих способностей реально достижимая цель.

На втором уровне подключаются уход за животными: работа на конюшне, кормление лошадей, заготовка травы на сено для лошадей и кроликов, уход за кроликами, курами, козами и другими обитателями подсобного хозяйства лагеря. Отрабатываются и навыки огородничества, сбора грибов, ягод, бересты, лозы, глины для гончарной мастерской.

Ценно, что, развивая трудовые навыки, дети иногда могут пользоваться плодами своего труда.

Особое значение приобретает обучение народным ремёслам, издревле известным на Руси (гончарное дело, плетение лозы и бересты, столярное мастерство, вязание).

И очень важно не только то, что все эти поделки с увлечением и радостью выполняются нашими пациентами, но и то, что они являются подведением итогов, плодами взаимодействия с внешним миром, когда они выставляются на «ярмарках» и вернисажах, на которых демонстрируются любые достижения наших пациентов в т.ч. собранный урожай, нарисованные картины, связанные шарфики, сшитые из лоскутков куклы и петрушки, вылепленные из глины солонки и вазочки для столовой и жилых комнат и многое другое. В итоге каждый пациент увозит с собой домой свою поделку, свой рисунок или глиняную скульптурку (чаще лошадку) – плоды своего труда. Каждый ребенок увозит в свою семью альбомы с фотографиями, сделанными в самые разные моменты жизни в лагере, записки друзей. Каждому пациенту выдается диплом с оценками достигнутых реабилитационных эффектов, пожелания инструкторов по дальнейшему совершенствованию навыков верховой езды и других достижений.

Необходимо подчеркнуть ещё один существенный фактор в организации средовой реабилитации – выстраивание ритма всей смены и ритма дня. Это, прежде всего, научно обоснованное чередование трудовых и творческих занятий. Психологами и педагогами центра соблюдается строгая последовательность занятий и их соответствие определенному времени дня. Все работы выполняются в первой половине дня, а творческие кружки во второй. Все общие мероприятия в лагере планируются по такому принципу, чтобы у детей не нарушались эти ритмы.

Результаты социологического опроса членов семей пациентов

Огромное значение для здоровья, социальной интеграции и формирования личности ребенка имеет его семья. Семьи, воспитывающие детей-инвалидов, в соответствии с существующей в нашей стране традицией относят к категории высокого социального риска. Однако эта категория не отвечает истинному положению этих семей. Ограниченные возможности детей-инвалидов, по нашему глубокому убеждению, переходят на семью в целом, таким образом, приводя к формированию **семей с ограниченными возможностями (СОВ)**. Усугубляет критическое положение этих семей их тяжелое материальное положение и недостаточное государственное финансирование программ, осуществляющих права и льготы этим семьям.

Как правило, подобные семьи нуждаются в комплексных, длительных реабилитационных мероприятиях: со многими видами коррекции: медицинской, педагогической, социальной. Это обусловлено, как правило, большим числом негативно воздействующих на ребенка и семью в целом социально-гигиенических, медико-демографических и психологических факторов. Важнейшее значение в реабилитации СОВ приобретают программы защиты прав детей-инвалидов и их родителей, очень важны и бесплатные юридические консультации.

Для решения этого важнейшего круга проблем необходима простая и в невозможна, адресная, комплексная, реабилитационная помощь семьям с ограниченными возможностями. Для создания подобной базы данных («ИНФОСОВ») Оргкомитетом разработана «Анкета» социологического опроса родственников детей-инвалидов (Приложение №6). Эта Анкета позволяет также оценивать эффективность деятельности и мероприятий государственных и неправительственных организаций в интересах детей-инвалидов и членов их семей. С помощью этой анкеты методом интервьюирования было опрошено 300 родственников пациентов, находившихся в летнем лечебно-оздоровительном лагере Центра в 2003 году. В работе использовались традиционные методы анализа данных и статистической обработки.

Обобщённые результаты представлены в сводной анкете социологического опроса членов семей пациентов с ограниченными возможностями (таблица 6.1).

Таблица 6.1.

Результаты социологического опроса родственников пациентов

Вопросы	Ответы			
	Образование	<i>Начальное</i>	<i>Среднее</i>	<i>Высшее</i>
	–	59 (19,7%)	240 (80,3%)	
Профессия	<i>Рабочий</i>	<i>Служащий</i>	<i>Пенсионер</i>	
	49 (16,3%)	236 (78,7%)	15 (5%)	
Работа по специальности	<i>да</i>		<i>нет</i>	
	138 (46%)		162 (54%)	
Семейный доход	<i>Низкий</i>	<i>Средний</i>	<i>Высокий</i>	
	167 (55,7%)	133 (44,3%)	–	
Нужда в надомной работе	<i>да</i>		<i>нет</i>	
	98(36%)		192(64%)	
Оценка реабилитации в Центре	<i>Отрицат.</i>	<i>Положит.</i>	<i>Высокая</i>	
	–	147 (49%)	153 (51%)	
Оценка видов реабилитации	<i>Массаж</i>	<i>ЛФК</i>	<i>ЛВЕ</i>	<i>КС</i>
	300 (100%)	300(100%)	300(100%)	44(14,7%)

ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ	препараты.Медикаментозные	Экстраенс.	Аминокислоты.	«Костюм космонавта»	трудотерапия	игротерапия	арттерапия	психокоррекция	зоотерапия	природоведение	другое

Что дал Центр лично Вам	<i>Оздоров- ление</i>	<i>Физический отдых</i>	<i>Моральное удовлетворе- ние</i>	<i>Дополн. знания и навыки</i>	<i>Другое</i>
	225 (75%)	201 (67%)	230 (76,7%)	167 (55,7%)	
Достигнутые результаты в реабилитации инвалида	<i>улучшение</i>		<i>б/изменения</i>	<i>ухудшение</i>	
<i>физическое состояние</i>					
<i>мобильность</i>	186(62%)		114(38%)	—	
<i>коммуника- бельность</i>	279(93%)		21(7%)	—	
<i>навыки личной гигиены</i>	167(55,7%)		133(44,3%)	—	
<i>навыки самообслу- живания</i>	162(54%)		138(46%)	—	
<i>владение своим телом</i>	196(65,3%)		104(34,7%)	—	
<i>эффект трудотера- пии</i>					
Овладение техникой	<i>столярное дело</i>	<i>шитье</i>	<i>гончарное дело</i>		<i>другое</i>
			78 из 88(88,6%)		113 из 123(98,9%)
Дальнейшее образование	<i>возможно</i>			<i>невозможно</i>	
	20(6,7%)			280(93,3%)	
Трудовой прогноз	<i>возможно</i>			<i>невозможно</i>	
	49(16,3%)			251(83,7%)	
Нужна ли в Центре Школа Реабилитаци и	<i>да</i>		<i>нет</i>		<i>другое</i>
	300(100%)		—		—
Ваше участие в работе Центра	<i>в Москве</i>		<i>в лагере</i>		<i>другое</i>
	206 (68,7%)		300 (100%)		—

После детальной обработки заполненных родными пациентов центра анкет были сделаны следующие заключения и выводы, представленные в той же последовательности, как и вопросы в анкете.

На вопрос об образовании 60 родителей ответили, что имеют среднее и среднее специальное образование, остальные 240 были с высшим образованием. Трое из 300 родителей в данное время на пенсии, один рабочий, остальные 296 человек имеют следующие специальности: десять – работники социальной сферы (социальный педагог и социальный работник), пятеро – специалисты-химики, 44 – инженеры, 5 военнослужащих, 5 работников маркетинга, 5 секретарей, 5 врачей, 39 преподавателей, 5 массажистов, 5 хористов, 5 работников связи, 10 товароведов, 10 медсестер (лаборантки), 25 бухгалтеров, экономистов, 25 учёных, 5 искусствоведов, 5 музыковедов, 4 писателя, 4 редактора-переводчика, 5 почтальонов. Самая распространённая специальность – инженеры (44 человека), затем учителя и преподаватели высшей школы (39 человек), бухгалтеры (экономисты) и учёные по 25 человек.

Работают по своей профессии только 137 человек, в основном те, у кого есть, кому ухаживать за больным. 162 родственника работают не по профессии, а там, где работа позволяет уделять время их больным детям, или вовсе не работают. Часть семей живут на одну пенсию ребёнка-инвалида.

Некоторые родители вынуждены работать там, где условия позволяют совместить работу с уходом за своим ребёнком, выбирая, при этом род деятельности без учёта имеющегося образования и специальности. Семейный доход, по оценке большинства родителей (167 чел.) был низким, по мнению других (132 чел.) – средним. Семей с высоким доходом не было.

При более детальном опросе выяснилось, что самооценка семейного бюджета оказалась завышенной с позиций стоимости продовольственной корзины на момент опроса.

Потребность в надомной работе подтвердили лишь 59 человек, а 191 родителей объяснили, что не могут работать даже дома, так как им не с кем оставить больного ребёнка, 40 человек колебались с ответом.

Оценивая результаты реабилитации, полученной в центре, ни один из членов семьи пациентов не дал отрицательной оценки, мнения разделились примерно пополам между положительной и высокой оценками (высокая – 152, положительная – 147).

В качестве приоритетного метода реабилитации во всех анкетах на первом месте лечебная верховая езда (300 человек) и психокоррекция (300 человек) на втором месте трудотерапия (279) и ЛФК (270 человек), далее следуют массаж (172 человека) и другое (132 человека).

Оценивая результативность и эффективность методик программы комплексной реабилитации центра по отдельным параметрам состояния здоровья своих детей, все без исключения отметили улучшение в физическом статусе (300 чел.) и во владении своим телом (196 чел.), значительно меньшая часть родителей не заметили изменений во владении своим телом у своего ребёнка (104 чел.) и никто из родителей не нашёл следа ухудшения ни в одном из параметров. Увеличение мобильности отмечают 186 родителей, а 114 человек утверждают, что изменений не отмечают, в улучшении коммуникабельности не сомневаются практически все родители (279 чел.) и только 21 человек считают, что изменений не отмечается. Улучшение навыков личной гигиены и самообслуживания подтверждают соответственно 167 и 162 родителя, а остальные, к их и нашему сожалению не могут этого подтвердить. Что касается эффекта трудотерапии, то родители с радостью отмечают, что 78 из 88 пациентов овладели техникой столярного дела, 113 из 123 детей-инвалидов научились технике шитья, 186 из 191 пациентов обучились гончарному делу. Относительно возможности дальнейшего обучения и получения образования для своего ребёнка, только 20 родителя ответили утвердительно, 30 членов семей пациентов считают возможным использование в будущем трудовых навыков своего ребёнка. На вопрос о том, нужна ли в нашем центре Школа реабилитации, сомнений не было – все дали утвердительный ответ.

С помощью опроса чётко высветился круг основных проблем семей с ограниченными возможностями. Это проблемы психологического характера, связанные с ещё неизжитым «советско-российским» менталитетом, внушающим ощущение вины и стыда за то, что в семье растёт ребёнок, **не такой, как все**, с тем, что, как правило, такие родители не знают, или мало знают о том, как надо воспитывать, лечить, учить своего **«особенного ребёнка»**, отсюда проблемы воспитания и обучения. Серьёзные проблемы создаёт также низкий уровень качества и малодоступность медицинской помощи, начиная от постановки диагноза и оказания необходимой медицинской помощи, диспансерного наблюдения и т.д. до получения более качественной и современной медицинской и реабилитационной помощи. Даже обеспечение своего больного нормальным питанием в

таких семьях становится неразрешимой проблемой. Ещё одна проблема – недостаточные знания законодательства по правам инвалидов и их семей, нередко не позволяют этим семьям воспользоваться хотя бы теми скромными льготами, которые государство им выделяет. Многие родственники отмечают неисполнение или нарушение законов и нормативных актов со стороны чиновников. Большие нарекания были высказаны в адрес служб социальной защиты.

Не меньше трудностей испытывают СОВ в связи с проблемами психологического характера, проблемами, связанными с воспитанием и обучением детей-инвалидов. Прозвучали при устных опросах жалобы на формальное и бездушное к этим семьям отношение муниципальных и федеральных органов, призванных оказывать таким семьям помощь и поддержку и, одновременно отмечалась, их недостаточная грамотность и знание законов и нормативных актов, для того, чтобы самим добиваться точного исполнения этих законов, а также социальной помощи выделенной государством для таких семей, не всегда правильно и своевременно распределяемой и доходящей до адресатов.

Таким образом, этот опрос помог выявить круг проблем семей с ограниченными возможностями, который представлен на рисунке 6.1.

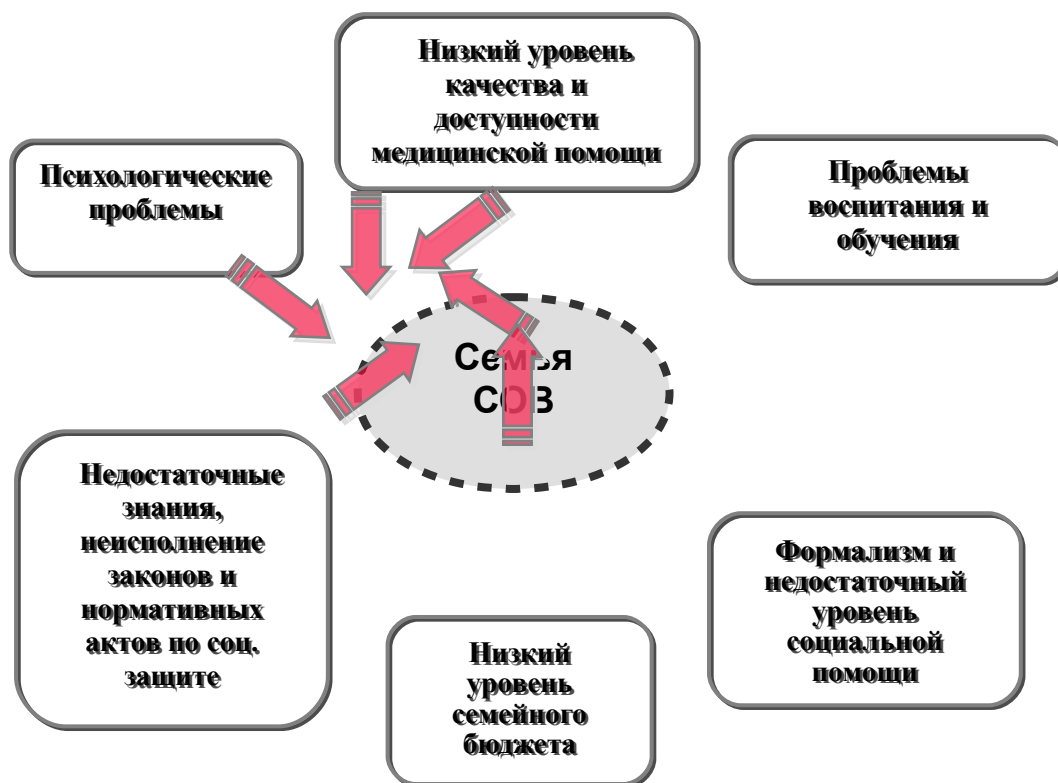


Рис. 6.1. Проблемы семей с ограниченными возможностями (СОВ)

Большинство опрошенных, положительно оценивая идею оздоровления детей-инвалидов совместно с членами своих семей и в условиях интеграции со здоровыми детьми, в качестве дополнительного эффекта отмечали более высокий реабилитационный эффект у детей инвалидов и бесспорное уменьшение ограничений жизнедеятельности, (появление навыков: ухаживать за собой, общаться с окружающими, навыки по самообслуживанию и др.). Члены семей однозначно оценили значение реабилитационного отдыха в лагере для расширения своих навыков по уходу за детьми-инвалидами и дополнительные навыки по реабилитации их в домашних условиях. Не менее важным для этих семей оказались полученное моральное удовлетворение, физический отдых и сотрудничество с другими семьями.

Результаты социологического опроса сотрудников центра

Анкетирование вместе с устным опросом проводилось у 60 сотрудников центра. Обобщённые результаты социологического опроса сотрудников центра представлены в сводной анкете (таблица 6.2).

Таблица 6.2.

Обобщённые результаты социологического опроса сотрудников центра

Вопросы	Ответы					
	<i>среднее</i>		<i>ср. специальное</i>		<i>высшее</i>	
Образование	24 чел. (40%)		9 чел. (15%)		27 чел. (45%)	
Профессия (специальность)	<i>Врач</i>	<i>Психолог дефектолог</i>	<i>Логопед</i>	<i>Инструктор ЛФК.</i>	<i>Зоотехник</i>	<i>Филолог</i>
	4	5	2	1	3	1
	<i>Ветерин.</i>	<i>В/технич. образ.</i>	<i>В/экономобраз.</i>	<i>Олигофренидагоги</i>	<i>Фельдшер</i>	<i>Медсестра</i>
	1	1	2	5	2	2

	<i>Психолог</i>	<i>Тренер</i>	<i>Конюх</i>	<i>Массажист</i>	<i>Педагоги рук. кружков</i>	<i>Ср. образ.</i>
	11	2	3	3	9	3
Общий стаж работы, стаж работы в центре	<i>Общий стаж</i>			<i>Стаж работы в центре</i>		
	Более 50 лет – 3, от 40-30 – 2, от 30-20л. – 5, от 20-10л. – 9, от 10-5л. – 17, от 5-2л – 24.			От 13-10 лет – 7, от 9-6 л. – 17, от 5-3х л. – 23, от 3х-1 г. – 13.		

Каким разделом реабилитации Вы занимаетесь в центре:	<i>Инструктор ЛФК</i>	<i>Коновод</i>	<i>Психолог дефектолог</i>	<i>Врач</i>	<i>Медсестра</i>
	10	5	5	3	2
	<i>Массажист</i>	<i>Кинези-терапевт</i>	<i>Логопед</i>	<i>Психолог</i>	<i>Педагог</i>
	3	1	3	6	8
	<i>Вет-врач</i>	<i>Инструктор ЛФК</i>	<i>Помощник инстр.</i>	<i>Тренер по ИКС</i>	
Инструктор ЛФК	1	2	4	2	

Мотивы работы в центре:	<i>Больные родственники</i>	<i>Моральное удовлетворение</i>
	1(1,7%)	29 (48,3%)
	<i>Религиозные мотивы</i>	<i>Профессиональный интерес</i>
	–	58(96,7%)
	<i>Материальная заинтересованность</i>	<i>Мор. удов. + профес. интерес</i>
–	58(96,7%)	

Какие виды реабилитации Вы считаете наиболее результативными ?	<i>ЛВЕ</i>	<i>массаж</i>	<i>конный спорт</i>	<i>трудотерапия</i>
	60(100%)	48(80%)	44(73,3%)	28(46,7%)
	<i>арт-терапия</i>	<i>психокоррекция</i>	<i>зоотерапия</i>	<i>медикаментозное лечение</i>
	32(53,3%)	32(53,3%)	20(33,3%)	4(6,7%)
	<i>Рациональное питание</i>	<i>БАДы</i>	<i>Игротерапия</i>	<i>Природоведение</i>
	4(6,7%)	-----	44(73,3%)	8(13,3%)
Отметьте результативность комплексной реабилитационной программы центра по отдельным видам состояния пациента:				
		<i>без изменений</i>	<i>улучшение</i>	<i>ухудшение</i>
физическое состояние		–	60(100%)	–
мобильность		–	60(100%)	–
коммуникабельность	12(20%)		48(80%)	–
навыки личной гигиены	8(13,3%)		52(86,7%)	–
навыки самообслуживания	12(20%)		48(80%)	–
владение телом, ловкость		–	60(100%)	–

Какие знания и навыки считаете необходимыми для дальнейшей работы в центре	<i>Физиотерапия</i>	<i>Психол. (детс.)</i>	<i>Азы медиц.</i>	<i>Совершенст. верхов. езды</i>
	7(11,7%)	24(40%)	8(13,3%)	28(46,7%)
	<i>ЛФК</i>	<i>Невропатология</i>	<i>Кинези-тер.</i>	<i>Фитотерапия</i>
	9(15%)	8(13,3%)	4(6,6%)	4(6,6%)
	<i>Массаж</i>	<i>Психиатрия</i>		
	4(6,6%)	4(6,6%)		
По какой специальности хотели бы Вы иметь сертификат международного образца:	<i>Врач общей практики</i>	<i>Специалист по профилактике. медицине</i>	<i>Соц. работник</i>	<i>Нутрициолог</i>
	8(13,3%)	12(20%)	4(6,6%)	4(6,6%)
	<i>Психолог</i>	<i>Фитотерапевт</i>	<i>Физиотерапевт</i>	<i>Массажист</i>
	20(33,3%)	8(13,3%)	8(13,3%)	16(26,7%)

Отметьте Ваше желание поучаствовать в работе семинаров:	<i>ЛФК и инпo-терапия</i>	<i>Оснoвы профилактической медицины</i>	<i>Оснoвы реабилитациoннoй медицины</i>	<i>Рациональнoе питание и БАД</i>
	40(66,7%)	20(33,3%)	16(26,7%)	4(6,6%)
	<i>Нетрадициoнные методы реабилитации</i>	<i>Рациональнaя Диeтo-терапия и БАД</i>	<i>Прoблeмы качества в реабилитации пациентoв с oгранич. возможнoстями</i>	<i>Фитo-терапия</i>
	44(73,3%)	4(6,6%)	28(46,7%)	4(6,6%)
Какая форма собственности реабилитациoнных центрoв, с Вaшей точки зрения, предпочтительнее ?	<i>Государственнaя</i>	<i>Общественнaя</i>	<i>Частнaя</i>	<i>Смешаннaя</i>
	–	8(13,3%)	12(20%)	40(66,7%)
Удовлетворяет ли Вaс рaбота в центре ?	<i>дa</i>	<i>нет</i>	<i>не всегда</i>	
	48(80%)	–	12(20%)	

Социологический опрос сотрудников центра реабилитации инвалидов с детства проводился почти одновременно с опросом родственников пациентов центра и преследовал несколько целей. Одна из основных задач этого опроса – определение мотивации сотрудников центра, работающих с тяжелыми пациентами с малооплачиваемым трудом.

Вторая задача опроса заключалась в стремлении выяснить, совпадают ли оценки сотрудников центра с мнениями родственников пациентов. По итогам социологического опроса был проведен сравнительный анализ по обобщенной оценке методов реабилитации, применяемых в центре.

В результате опроса выяснилось, что большинство сотрудников центра пришли работать в центр из гуманных соображений и ради морального удовлетворения, второй мотив, это профессиональный интерес, и только один пришёл в центр в связи с больным братишкой (олигофрения)

Никто не связал своей работы в центре с материальной заинтересованностью. Устный опрос членов коллектива выявил

некоторые привлекательные мотивы работы в центре: это возможность творческого подхода к любой из применяемых методик, возможность для каждого из сотрудников осмысливать свою работу, творить, и, под руководством более опытных коллег вносить свой вклад в общее дело. Были также названы такие факторы, как дружный коллектив и возможности взаимозаменяемости, взаимопомощи в повседневной деятельности.

Из всех видов реабилитации все сотрудники центра на первые 2 места по результативности поставили ЛВЕ и массаж (60 чел.), родители же поставив на первое место также ЛВЕ (все 300 чел.), вторым по результативности видом реабилитации считают игротерапию (225 чел.). У сотрудников же игротерапия, вместе с ЛФК, стоят на 3-ем месте (44 чел.) – таким образом, различия минимальные.

Арттерапия и психокоррекция также оценены, как следующие после перечисленных выше методик, но их оценка специалистами несколько ниже, чем у родственников.

Что касается влияния разработанной специалистами центра комплексной программы реабилитации на отдельные виды состояния пациентов, то и здесь просматривается аналогия с мнением родственников: сотрудники (все 60 чел.) утверждают, что комплексная программа оказала достоверное положительное влияние на физическое состояние пациентов, на мобильность и владение своим телом. У родственников улучшение физического состояния отметили все 300 человек, что касается мобильности и владения своим телом, то их родственники оценили скромнее: владение своим телом изменилось к лучшему, только по мнению около 100 человек из них. Возможно, это связано с тем, что специалистам, регулярно наблюдающим пациентов во время выполнения различных физических упражнений, более заметны изменения во владении своим телом, нежели родителям, которые видят своих детей при обычных обстоятельствах и могут зафиксировать только слишком заметные сдвиги. По той же причине, очевидно, улучшение мобильности пациентов, уверенно отмеченные всеми сотрудниками (60 чел.) отметили лишь 186 родственников.

Изменения коммуникабельности к лучшему, родственники оценили немного выше (279 чел.), чем сотрудники (48 чел.), овладение же навыками личной гигиены и навыками самообслуживания сотрудники оценили выше: (52 и 48 чел. против 167 и 162 чел.)

Обобщенная оценка методов реабилитации, применяемых в центре, по итогам социологического опроса родственников и

сотрудников, показала высокую эффективность программы комплексной реабилитации.

Большой интерес у сотрудников центра вызвал вопрос о знаниях и навыках желательных для дальнейшей работы в центре: 24 человека ответили, что им нужно хотели бы овладеть начальными знаниями по психологии, особенно (12 из них) интересуются в знании детской психологии. Восемь сотрудников немедицинского профиля нуждаются в общемедицинских знаниях, особенно по тем заболеваниям, с которыми они постоянно имеют дело в центре. Четыре сотрудника стремятся овладеть техникой ЛФК. Двадцать восемь работников центра считают необходимым совершенствование своих умений в верховой езде, четверо из них интересуются выездкой, двое – конным спортом и одна из них – инвалидным конным спортом.

Большинство опрошенных сотрудников центра выступают против имеющейся в стране практики расширения числа реабилитационных центров государственного типа и высказываются за центры на базе общественных организаций со смешанным хозяйственным механизмом.

Критерии оценки результатов реабилитации

Оценка результатов комплексной системы реабилитации, на основе ЛВЕ с ИКС, проводилась нами в разные периоды, несколькими методами.

В таблице 6.3 обобщен тринадцатилетний опыт работы центра по общепринятой оценке, где экспертами выступал медицинский персонал центра.

Таблица 6.3.

Результаты реабилитации пациентов центра с 1999 по 2003 гг.

Результаты реабилитации	1999 г.		2001 г.		2003 г.	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
<i>Всего детей и подростков прошедших реабилитацию:</i>	220	100	240	100	250	100
Эффект реабилитации:						
Значительное улучшение	25	11,4	30	12,5	32	12,8
Улучшение	177	80,5	195	81,25	188	75,2
Незначительное улучшение	11	5,0	14	5,8	21	8,4
Без улучшения	7	3,2	1	0,5	9	3,6
Ухудшение	0	–	0	–	0	–

Для иллюстрации приводим оценку результатов многолетних наблюдений за 70 больными ДЦП с различной выраженностью симптомов, различной двигательной и социально-бытовой адаптацией, разного возраста. (Все они посещали занятия в Центре более 4-х лет) У этих пациентов экспертами центра были отмечены положительные сдвиги под воздействием программы комплексной реабилитации на основе ЛВЕ с ИКС:

1. Увеличение объёма движений в суставах, в т.ч. случай возникновения движений в неподвижном ранее суставе.
2. Снижение количества и амплитуды гиперкинезов.
3. Уменьшение проявлений атаксии.
4. Снижение патологического тонуса мышц.
5. Улучшение равновесия.
6. Улучшение походки.
7. Формирование прикладных двигательных актов, (ходьба, стояние, выполнение бытовых операций, манипуляция предметами, пр.).
8. Более качественное выполнение физических упражнений.
9. Улучшение общего состояния, показателей самочувствия, настроения, активности.

Все положительные сдвиги, отмеченные врачами, инструкторами, родителями пациентов можно разделить на изменения в физическом статусе и в психоинтеллектуальной и личностной сферах.

Что касается физического статуса, врачи отмечают сдвиги следующего характера: улучшение координации движений, равновесия (при ходьбе и при езде верхом), снижение интенсивности и амплитуды гиперкинезов, увеличение времени их волевой остановки; улучшение речи; улучшение работы мышц пальцев и кистей рук, что обеспечивает улучшение выполнения бытовых процедур, в том числе управления лошастью; повышение устойчивости к физическим нагрузкам, которого так не хватает пациентам, вынужденно ведущим малоподвижный образ жизни. Результаты комплексной реабилитации в соответствии с вышеописанными критериями представлены в таблице 6.4.

Вместе с этим отмечаются значительные успехи в овладении навыками верховой езды, в овладении ремёслами, навыками вязания на ручных машинках, столярными и другими операциями, игрой на гитаре и многим другим. Есть наблюдения об увеличении объёма движений в тазобедренных и коленных суставах, о впервые появившихся признаках движения в парализованной кисти, об увеличении жизненной ёмкости лёгких, и прибавке на 1-2 кг силы правой кисти.

Положительные изменения в психоэмоциональной и социальной сферах выражались в следующих результатах:

- достоверное проявление признаков уверенности в своих возможностях;
- повышение самооценки;
- появление раскованности;
- увеличение активности;
- снижение излишней возбудимости;
- постепенное избавление от страхов, от вялости, безучастности;
- изменение менталитета по отношению к самому себе,
- появление ощущения себя равным всем, появление интереса к активной жизни, а в целом – повышение уровня качества жизни пациента и всей его семьи.

Заметно усилилось позитивное воздействие ЛВЕ на социальную и личностную сферу тех пациентов, которые стали тренироваться и участвовать в конно-спортивных соревнованиях для лиц с ограниченными возможностями.

Результаты комплексной реабилитации на основе ЛВЕ с ИКС по отдельным видам состояний и ведущему ограничению жизнедеятельности представлены в таблице 6.4.

Таблица 6.4.

Результаты комплексной реабилитации на основе ЛВЕ с ИКС по отдельным видам состояний и ведущему ограничению жизнедеятельности

I. Физическое состояние

ДИАГНОЗЫ	РЕЗУЛЬТАТЫ		
	Улучшение		Без изменения
	Значит.	Незначит.	
Церебральные параличи и другие паралитические синдромы	59 (62,8%)	35 (37,2%)	–
Системные атрофии, поражающие преимущественно ц.н.с.		3	2
Эпизодические и пароксизмальные р-ва	1	4	2
Другие нарушения нервной системы	6	8	1
Органические р-ва, включая симптоматические психические р-ва		5	1
Умственная отсталость	25(50%)	23(46%)	2(4%)
Расстройства психологического (психического) развития, эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом	48 (65,7%)	25 (34,3%)	–

возрасте			
----------	--	--	--

II. Физическое функционирование

1. Способность передвигаться

ДИАГНОЗЫ	РЕЗУЛЬТАТЫ		
	Улучшение		Без изменения
	Значит.	Незначит.	
Церебральные параличи и другие паралитические с-мы	69 (73,4%)	25 (26,6%)	–
Системные атрофии, поражающие преимущественно ц.н.с.	1	3	1
Эпизодические и пароксизмальные р-ва	1	6	–
Другие нарушения нервной системы	7	8	–
Органические р-ва, включая симптоматические психические р-ва		5	1
Умственная отсталость	28(56%)	22(44%)	–
Расстройства психологического, (психического) развития, эмоциональные р-ва и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте	49 (67,1%)	24 (32,9%)	–

II

2. Общаться с окружающими (снижение способности видеть, слышать, понимать)

ДИАГНОЗЫ	РЕЗУЛЬТАТЫ			
	Новые навыки	Улучшение		Без изменения
		Значит.	Незначит.	
Церебральные параличи и другие паралитические с-мы	16 (17%)	53 (56,4%)	25 (26,6%)	–
Системные атрофии, поражающие преимущественно ц.н.с.	–	–	4	1
Эпизодические пароксизмальные р-ва	–	1	6	–
Другие заболев. нервной системы	2	8	5	–
Органические р-ва, включая симптоматические психические р-ва	–	–	6	–
Умственная отсталость	14(28%)	23(46%)	13(26%)	–
Расстройства психологического (психического) развития, эмоциональные р-ва и р-ва поведения, начинающиеся, обычно в детском и подростковом возрасте	12 (16,4%)	24 (32,9%)	37 (50,7%)	–

II

3. Способность ухаживать за собой

ДИАГНОЗЫ	РЕЗУЛЬТАТЫ			
	Новые навыки	Улучшение		Без изменения
		Значит.	Незначит.	
Церебральные параличи и другие параличические с-мы	34 (36,2%)	39 (41,5%)	21 (22,3%)	–
Системные атрофии, поражающие, преимущественно ц.н.с.	–	–	5	–
Эпизодические и пароксизмальные р-ва	–	1	6	–
Другие заболевания нервной системы	3	9	3	–
Органические р-ва, включая симптоматические психические р-ва	–		6	–
Умственная отсталость	11(22%)	29(58%)	10(20%)	–
Расстройства психологического (психического) развития, эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте	9 (12,3%)	23 (31,5%)	41 (56,2%)	–

II

4. Владение руками

ДИАГНОЗЫ	РЕЗУЛЬТАТЫ			
	Новые навыки	Улучшение		Без изменения
		Значит.	Незначит.	
Церебральные параличи и другие параличические с-мы	29 (30,8%)	38 (40,5,%)	27 (28,7%)	–
Системные атрофии, поражающие, преимущественно ц.н.с.	–	2	3	–
Эпизодические и пароксизмальные расстройства	–	1	6	–
Другие заболевания нервной с-мы	4	8	3	–
Органические р-ва, включая симптоматические психические расстройства	–	3	3	–
Умственная отсталость	8(16%)	26(52%)	16(32%)	–
Расстройства психологического (психического) развития, эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся, обычно в детском и подростковом возрасте	12 (16,5%)	35 (47,9%)	26 (35,6%)	–16%

II
5. Владение телом

ДИАГНОЗЫ	РЕЗУЛЬТАТЫ			
	Новые навыки	Улучшение		Без изменения
		Значит.	Незначит.	
Церебральные параличи и другие паралитические с-мы	28 (29,8%)	42 (44,7%)	24 (25,5%)	–
Системные атрофии, поражающие, преимущественно ц.н.с.	1	1	3	–
Эпизодические и пароксизмальные р-ва	–	2	5	–
Другие нарушения нервной системы	3	11	1	–
Органические р-ва, включая симптоматические психические р-ва.	–	2	4	–
Умственная отсталость	9(18%)	32(64%)	9(18%)	–
Расстройства психологического (психического) развития, эмоциональные р-ва и р-ва поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте	5 (6,8%)	21 (28,8%)	47 (64,4)	–

III
1. Адекватно вести себя

ДИАГНОЗЫ	РЕЗУЛЬТАТЫ			
	Новые навыки	Улучшение		Без изменения
		Значит.	Незначит.	
Церебральные параличи и другие паралитические синдромы	13 (13,8%)	49 (52,1%)	32 (34,1%)	–
Системные атрофии, поражающие, преимущественно	–	2	3	–
Эпизодические и пароксизмальные р-ва	1	3	3	–
Другие нарушения нервной системы	2	8	5	–
Органические р-ва, включая симптоматические психические р-ва	–	–	6	–
Умственная отсталость	8(16%)	26(52%)	16(32%)	–
Расстройства психологического (психического) развития, эмоциональные р-ва и р-ва поведения, начинающиеся, обычно в детском возрасте	11 (15,1%)	37 (50,7%)	25 (34,2%)	–

Уточнённые данные о результатах комплексной реабилитации по отдельным видам состояний и ведущему ограничению жизнедеятельности с помощью разработанных критериев оценки показали достоверные положительные изменения в отдельных видах состояний:

По физическому состоянию у пациентов с церебральными параличами и другими паралитическими синдромами (94 чел.) отмечены значительные улучшения в 59 случаях и незначительные в 35 случаях. У больных с системными атрофиями, поражающими преимущественно ЦНС (5 чел.), у трёх больных отмечены лишь незначительные улучшения, состояние же 2-х других осталось неизменным. Из семи пациентов с эпизодическими и пароксизмальными расстройствами, у одного зафиксировано значительное улучшение, у 4х незначительное, у 2х физическое состояние осталось неизменным. У пациентов с другими нарушениями нервной системы (15 чел.) значительные улучшения имеют место у 6ти больных, незначительные у 8-ми, и лишь у одного пациента физическое состояние не изменилось.

Не зафиксировано значительных улучшений у пациентов с органическими расстройствами (6 чел.), включая симптоматические психические расстройства, но у 5-ти из них отмечены незначительные улучшения, лишь у одного не отмечены положительные сдвиги. В группе пациентов с умственной отсталостью, большая часть (32 чел. из 50) имеет значительные улучшения в физическом состоянии и у остальных 18 чел. отмечены незначительные положительные изменения. Особенно заметные положительные изменения отмечены у большой группы (73 чел.) пациентов с расстройствами психологического (психического) развития, эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения, начинающимися, обычно в детском и подростковом возрасте: 49 человек получили значительное улучшение и 24 незначительное. Ни у одного пациента не было отмечено ухудшение физического состояния.

Опыт работы опорного центра убедительно показывает, что разработанная специалистами Центра программа комплексной реабилитации, основанная на ЛВЕ, оказывает многостороннее позитивное воздействие на подобных больных. Выражается оно в следующих результатах:

1. В снижении гиперсензитивности.
2. В приобретении опыта общения с окружающими и развитии коммуникативных навыков.
3. В улучшении социализация пациентов.

4. В стабилизации эмоциональных и личностных проявлений.
5. В усилении активности психических процессов.
6. В преодолении «моторной дебильности».
7. В уменьшении, в целом, аутических проявлений, что проявляется, в свою очередь, в:
 - а) постепенном налаживании контакта с внешним миром;
 - б) улучшении эмоционального реагирования;
 - в) усилении реакции на внешние раздражители;
 - г) улучшении переключаемости на продуктивные занятия.

Прежде всего, необходимо отметить тот непреложный факт, что отрицательных результатов за всё время деятельности Центра мы не наблюдали. Можно было отметить несколько случаев, нескольких пациентов, у которых, казалось бы, не произошло никаких заметных положительных сдвигов за достаточно продолжительное время (напр. несколько месяцев), но, нередко результаты просто проявляются позднее, накапливаясь постепенно. Если же положительных перемен в физическом статусе не наблюдается вовсе, то в социальной и личностной сфере эти положительные подвижки более или менее серьёзные наблюдаются, как правило, всегда.

Многолетние наблюдения за эффективностью комплексной реабилитации в Центре позволили убедиться, что разработанная экспертная система оценки является достаточно информативной и объективной для справедливой и точной оценки воздействия.

Эти критерии позволили объективно оценить влияние ЛВЕ и ее приоритетную роль в комплексе различных видов реабилитации. Чрезвычайно важно, что сам метод ЛВЕ создает дополнительные условия для внедрения новых направлений социально-психологической и социально-трудовой реабилитации в естественных условиях.

Положительный опыт работы реабилитационного центра на основе ЛВЕ с ИКС привлекает внимание специалистов реабилитационных центров разных форм собственности, а также семьи имеющих детей инвалидов и самих инвалидов. Основным препятствием для распространения опыта подобных реабилитационных центров является отсутствие четкого методического сопровождения по организации центров. Этой задаче посвящается глава 7.

Глава 7. Организационная модель комплексной реабилитации пациентов с ограниченными возможностями на основе ЛВЕ с ИКС

Концептуальную основу клинико-организационной модели комплексной реабилитации пациентов с ограниченными возможностями на основе ЛВЕ и ИКС составляют теоретические положения об инвалидности как медико-социальной проблеме, основные принципы и приоритеты медико-социальной реабилитации пациентов с ограниченными возможностями, общие принципы и методы медико-социальной и физкультурно-оздоровительной реабилитации. При формировании основных положений модели учитывались принципиальные положения программных отечественных и зарубежных документов, в том числе Федеральной Целевой Программы «Дети инвалиды», президентской программы «Дети России», «Основные направления государственной политики в РФ до 2000 г.», Государственный Доклад «О положении инвалидов в РФ», «Всемирная Программа действий в отношении инвалидов», «Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов» (ООН 37/52 1982 г., 48/96 1994 г.), Европейская Хартия «Спорт для всех».

При разработке клинико-организационной модели использован отечественный, зарубежный и собственный тринадцатилетний опыт успешного применения ЛВЕ с ИКС как одного из действенных методов активизации двигательной нейромышечной деятельности.

Разработанная и внедренная клинико-организационная модель реабилитационных центров состоит из четырех основных блоков. Предлагаемая клинико-организационная модель включает четыре блока:

- 1. Концептуальные основы.*
- 2. Ресурсное обеспечение.*
- 3. Информационно-правовое обеспечение.*
- 4. Клинико-организационные технологии физических упражнений на основе ЛВЕ и ИКС.*

Модель представлена в таблице 7.1.

Таблица 7.1.

Основные направления организационной модели комплексной реабилитации пациентов с ограниченными возможностями на основе ЛВЕ с ИКС

<p>1. Концептуальные основы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Теоретические положения по медико-социальным проблемам инвалидности и инвалидов. 2. Основные принципы и приоритеты медико-социальной реабилитации инвалидов. 3. Принципиальные положения программных отечественных и зарубежных документов. 	<p>3. Информационно-правовое обеспечение</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Разработка и внедрение в практику информационно-методических материалов по организации деятельности Центра на основе ЛВЕ с ИКС. 2. Предложения для депутатского корпуса по совершенствованию правового обеспечения и финансирования реабилитационных центров.
<p>2. Ресурсное обеспечение</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Укрепление материально-технической базы Центра. 2. Совершенствование профессиональной подготовки медицинского, педагогического и специального персонала Центра на основе ЛВЕ с ЛКС. 3. Контроль преемственности в работе Центра, МСЭК и ЛПУ. 4. Совершенствование принципов организации и управления Центра на основе ЛВЕ с ИКС. 	<p>4. Организационные технологии комплексной реабилитации на основе ЛВЕ с ИКС</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Разработка и внедрение в практику комплексных программ реабилитации на основе ЛВЕ с ИКС. 2. Внедрение в практику Центра организационных технологий ЛВЕ с ИКС. 3. Методические рекомендации по деятельности Центра на основе ЛВЕ с ИКС. 4. Разработка и внедрение безопасных технологий тренировок по ЛВЕ с ИКС.

Приоритетные направления развития реабилитационных центров на основе ЛВЕ с ИКС

1. Укрепление материально-технической базы реабилитационных центров; усовершенствование механизма финансирования реабилитационных центров, в том числе через систему ОМС.

2. Интеграция финансовых источников разных ведомств, внебюджетных средств.
3. Контроль качества проводимых реабилитационных мероприятий.
4. Соблюдение принципов преемственности с МСЭК, медицинскими и спортивно-оздоровительными учреждениями, общественными организациями и фондами.
5. Обязательное сочетание ЛВЕ с ИКС с другими методами системы комплексной реабилитации и многоуровневой адаптации.
6. Активное распространения опыта реабилитационного центра на основе ЛВЕ с ИКС, участие в развитии подобных центров в Москве и других регионах России.
7. Информационная, нормативная, методологическая и другие виды поддержки в стране реабилитационных центров на основе ЛВЕ с ИКС разных форм собственности.

Комплексная Программа лечебно-реабилитационных, психолого-педагогических, социально-творческих, спортивно-оздоровительных и досуговых мероприятий может осуществляться в стационарных условиях реабилитационных центров, на базе конно-спортивных школ, ипподромов, в отделениях психолого-педагогической и социально-творческой реабилитации и в летних спортивно-оздоровительных лагерях выездного типа. Комплексная Программа подразумевает реабилитацию не только детей-инвалидов, но и членов их семей. Реабилитационные программы должны осуществляться по семейному принципу. Желательно привлечение к оздоровлению в летних лагерях здоровых детей и подростков. Это расширяет возможности досуговых мероприятий центра, в т.ч., включение в комплекс реабилитационных мероприятий конных и пеших походов, лодочных экскурсий, экскурсий на плотках и т.д. В условиях городского режима оправдала себя форма дневного стационара (ДС). Использование ДС позволяет увеличить время оказания реабилитационной помощи и общения пациента с сотрудниками центра и другими больными.

Комплексная Программа для летних оздоровительных реабилитационных лагерей для семей с ребёнком инвалидом из контингента Центра, должна разрабатываться каждый год заново с учётом прошлого опыта и с использованием новых идей и методических разработок.

Программа летнего лагеря строится на базе заключительного этапа годового курса лечебной верховой езды, с применением целого

спектра средств и методов реабилитации: *медицинской, психолого-педагогической с социально-творческой реабилитацией и спортивно-оздоровительной реабилитации.*

Медицинская реабилитация начинается с медосмотра пациентов, которому посвящены первые два дня по приезду в лагерь. Этот осмотр нацелен на оценку состояния и уровня физических возможностей каждого из них для внесения назначений и рекомендаций в их медицинские карты и индивидуальные планы, включающие ЛВЕ, массаж, ЛФК, закаливающие процедуры, воздушные и солнечные ванны, лечебное плавание и др.

Психолого-педагогическая реабилитация включает занятия в кружках и мастерских (столярная, гончарная, ткацкая, швейная, лозоплётная и др.) с обучением пациентов ремёслам, игротерапия, занятия с логопедом и пр., индивидуальная работа с тяжёлыми пациентами. **Социально-творческая реабилитация** проходит в изостудии, театральном и музыкальном классах. Детей, по желанию, обучают игре на музыкальных инструментах (блок-флейта, гитара), пению, в т.ч. с логопедическим уклоном. Организуют прослушивания (мини-концерты) классических и современных музыкальных произведений в исполнении педагогов-музыкантов. В Центре активно используются методы арттерапии, занятия по ИЗО и др. .

Спортивно-оздоровительная реабилитация в лагере включает тренировки по конному спорту для инвалидов, по настольному теннису, оздоровительная гимнастика.

Основным приоритетом летнего лагеря является интенсивный цикл лечебной верховой езды с элементами инвалидного конного спорта. Чрезвычайно важна реализация в этих условиях полного цикла ЛВЕ (не менее 12 дней). Этот цикл включает: а) теоретическую программу по ознакомлению с различными сведениями о лошадях (породы лошадей, масть, конское снаряжение, «специальности» лошадей, виды конного спорта, и т.д.); б) ежедневные занятия по ЛВЕ, кроме воскресенья в течение 2-х недель, с использованием, в соответствии с индивидуальными планами, индивидуальной или групповой форм занятий; в) конно-спортивные тренировки для спортсменов-инвалидов; г) «работа» на конюшне (уход за лошадьми, помощь в чистке, кормлении, седловке); д) конные походы за пределы лагеря, в лес, на речку. Дальность и сложность маршрутов конного похода планируется в зависимости от уровня физических и интеллектуальных возможностей каждой группы пациентов. В походах могут участвовать родители.

В конце смены в лагере подводятся итоги прошедшего годовичного цикла ЛВЕ с ИКС и разрабатываются направления

реабилитационной стратегии на следующий годовой цикл. Эту работу предваряет обязательный медицинский осмотр и комплекс диагностических обследований. Методическая работа Центра завершается отчетами медицинских работников, инструкторов и других сотрудников Центра.

Большое значение имеют мероприятия по программе методической и научно-практической деятельности сотрудников Центра.

Методическая работа включает:

- апробацию, сравнительный анализ и отбор оптимальных способов использования ЛВЕ с ИКС у различных пациентов;
- разработку наиболее информативных и объективных критериев оценки воздействия ЛВЕ на организм занимающихся в целом и на отдельные его параметры как в физическом статусе, так и в психо-интеллектуальной и социальной сферах;
- методическая работа по накоплению практического опыта работы по применению ЛВЕ с ИКС при отдельных нозологиях заключается в обработке и обобщении собранного материала, создании банка данных упражнений и комплексов упражнений;
- работа по подготовке и изданию методических пособий, рекомендаций, памяток, буклетов и другой печатной продукции.

Научно-практическая деятельность является неотъемлемой частью методической работы и заключается:

- в отборе наиболее объективных и информативных методов реабилитации, исследовании влияния ЛВЕ на организм и психо-социальный статус пациента и разработке тактики и техники проведения углубленных исследований;
- в организации плановых исследований отобранных групп пациентов с помощью этих методик, обработка и обобщение результатов, подготовка статей и рефератов, их публикация в соответствующих изданиях.

Обязательно участие сотрудников центров на основе ЛВЕ с ИКС в конференциях, круглых столах, с выступлениями на них с лекциями, докладами и сообщениями.

Большое значение для центров имеет сотрудничество с Национальной Федерацией лечебной верховой езды и инвалидного конного спорта. Число российских организаций – членов Федерации непрерывно растёт. На начало 2004 г. их число составило 22, а число

Российских городов, в которых, с помощью и участием Национальной Федерации появились люди, заинтересованные в применении у себя лечебной верховой езды и реабилитационные центры на основе ЛВЕ уже более 95! Большинство этих центров в своей практике использует взаимодействие с Российской Ассоциацией «Спешл Олимпикс» и Российским Паралимпийским Комитетом. Федерация наладила связи и сотрудничество с российскими коллегами, оказывая им методическую, организационную и иную помощь посредством переписки, организации и проведения обучающих семинаров, с помощью выпуска и рассылки членам Федерации «Вестника НФ ЛВЕ ИКС», в котором печатаются сообщения о самых интересных и значительных событиях в области ЛВЕ в России и в Мире, публикуется календарь различных мероприятий (Конгрессов, симпозиумов, семинаров, проводимых в РФ и во всём мире), а также календарь и сведения о конноспортивных соревнованиях для инвалидов в РФ и за рубежом по программам «Специальной Олимпиады» и «Паралимпийской программе».

Совместно решаются вопросы подготовки и организации соревнований по конному спорту для инвалидов, а также подготовка сборной команды конников-инвалидов России для участия в международных соревнованиях. Первые российские конноспортивные соревнования для инвалидов были проведены по программе «Специальной Олимпиады» в Москве, в октябре 1996 года при участии 35 спортсменов-инвалидов из Москвы, Йошкар-Олы, С.-Петербурга и Коломны. Следующие два конноспортивных Первенства России по «Специальной Программе» (в 1998 и 1999 годах) прошли в Йошкар-Оле.

С 1999 г. В Москве регулярно проводятся соревнования по Паралимпийской Программе – Чемпионаты и первенства Москвы и России, Российские спортсмены-инвалиды участвовали в открытых первенствах Великобритании, в Чемпионатах Мира, в «Паралимпиаде-2000». В Чемпионате России 2002 и 2003 года принимали участие спортсмены из Великобритании, Германии и Австралии, Польши. От России кроме московских команд участвовали конники – инвалиды из Ярославля, Барнаула, Ростова, Красноярска и Йошкар-Олы.

Для успешного развития и распространения конного спорта для инвалидов в регионах России активно используются средства массовой информации: телевидение, радио, журналы, газеты.

Анализ деятельности центров реабилитации на основе ЛВЕ с ИКС выявил серьёзные дефекты в ведении учетно-отчетной

документации, отсутствие унифицированных принципов в отчетной деятельности центров, отсутствие единой информационной базы данных пациентов. С целью преодоления этих дефектов в заключение главы приводится информационно-методический комплекс, разработанный в ходе выполнения диссертации. Комплекс тиражирован по другим реабилитационным центрам. Ниже приводятся перечень и формы отчетно-учетных документов. Приводятся перечень и формы необходимых документов.

Примерное штатное расписание центра комплексной реабилитации инвалидов на основе ЛВЕ с ИКС

1.1. Аппарат Центра

Наименование должности	Количество штатных единиц			
	Общая численность обслуживаемых лиц			
	от 200 до 250 чел.	от 251 до 300 чел.	от 301 до 500 чел.	Свыше 500 чел.
Директор центра	1,0	1,0	1,0	1,0
Заместитель директора	1,0	1,0	2,0	2,0
Главный бухгалтер	0,5	0,5	1,0	1,0
Бухгалтер	1,0	1,0	1,5	2,0
Кассир	0,5	1,0	1,0	1,0
Заведующий хозяйством	0,5	1,0	1,0	1,0
Секретарь-машинистка	---	0,5	1,0	1,0
Техник	1,0		1,0	1,0
Специалист по социальной работе	0,5	Ставка на 15 тысяч населения городской местности и 10 тысяч населения в сельской местности		
Уборщик служебных помещений	1,0	1,5	2,0	2,5
Сторож	3,0	3,0	3,0	3,0
ИТОГО:				

1.2 Отделение дневного пребывания

Наименование должности	Количество штатных единиц
Заведующий отделением	0,5
Медицинская сестра	0,5

Инструктор по трудовой терапии	1,0
Сестра-хозяйка	0,5
Санитарка	1,0
ИТОГО:	

1.3 Отделение медицинской и физической реабилитации

Наименование должности	Количество штатных единиц
Заведующий отделением	1,0
Медицинская сестра	2,0
Старший инструктор по ЛФК	1,0
Инструктор по ЛФК	5,0
Инструктор по лечебной физкультуре	1,0
Массажист	3,0
Кинезотерапевт	1,0
Коноводы	4,0
Санитарка	0,5
Уборщица	0,5
ИТОГО:	

1.4. Отделение психолого-педагогической реабилитации

Наименование должности	Количество штатных единиц
Заведующий отделением	1,0
Психолог	4,0
Психолог-дефектолог	5,0
Логопед	2,0
Педагог (руководители кружков)	9,0
Олигофренопедагог	5,0
Социальный педагог	1,0
ИТОГО:	

1.5. Спортивно-оздоровительное отделение

Наименование должности	Количество штатных единиц
Заведующий отделением	1,0
Врач	1,0
Медицинская сестра	2,0

Инструктор по лечебной физкультуре	1,0
Инструктор по лечебно-трудовой терапии	1,0
тренер по инвалидному спорту	3,0
Массажист	2,0
Санитарка	0,5
Уборщица	0,5
ИТОГО:	

1.6. Конное отделение

Наименование должности	Количество штатных единиц
Заведующий отделением	1,0
Ветеринарный врач	1,0
Тренер по ИКС	1,0
Берейтор	5,0
Конюх	3,0
ИТОГО:	

Журнал

учета лиц, нуждающихся в обслуживании реабилитационного центра на основе ЛВЕ с ИКС

№.№	Ф.И.О.	Число, месяц, год рождения	Категория	Домашний и рабочий телефоны родственников	Домашний адрес, телефон	Отделение центра, в услугах которого нуждается гражданин	Дата постановки на учет	Дата приема на обслуживание	Дата снятия с обслуживания

ЖУРНАЛ

учета пациентов, обслуживаемых отделением дневного пребывания

№.№	Ф.И.О.	Число, месяц, год рождения	Домашний адрес, телефон	Срок обслуживания 1	Дата поступления	Перечень мероприятий	Даты посещения по дням месяца 1 2 329 30 31

Эти формы прошли апробацию на научно-практических конференциях, на советах экспертов Федерации ЛВЕ и рекомендованы к внедрению.

Особое значение в связи с этим приобретает организация и проведение обучающих циклов и семинаров по различным проблемам ЛВЕ с ИКС.

С этой целью Национальной Федерацией ЛВЕ совместно с Учебным центром Оргкомитета Международной Ассоциации Профилактики человека, кафедрой профилактической медицины факультета повышения квалификации медицинских работников Российского Университета Дружбы Народов разработан Учебный комплекс и программа подготовки специалистов по лечебной верховой езде и инвалидному конному спорту, программа подготовки приводится в качестве примера (Приложение №5).

Анкетирование слушателей цикла свидетельствует о большой востребованности этих курсов и положительном их влиянии.

Заключение

Проведенный нами анализ ситуации в стране на основе углубленного информационного и экспертного исследования показал невысокую эффективность и значительную финансовую затратность реализованных реабилитационных проектов и программ, в то время как результативность их оказалась невысокой, а проблемы инвалидов оказались прежними. Восстановительное лечение детей-инвалидов не ограничивается оперативным вмешательством, медикаментозным и физиотерапевтическим воздействием, оно складывается из длительных и многообразных этапов.

Ограниченные возможности детей-инвалидов, переходят на семью в целом, приводя, таким образом, к образованию семей с ограниченными возможностями (СОВ). Усугубляет критическое положение этих семей их тяжелое материальное положение. Известно, что более половины родителей не располагают практическими навыками по восстановительному лечению в домашних условиях и что еще более важно, не владеют навыками первой помощи при неотложных состояниях у детей-инвалидов.

Учитывая тяжесть патологии, специфику главных нарушений у пациентов центра с многообразными и сочетанными двигательными нарушениями, с сопутствующими умственными, речевыми, вестибулярными нарушениями, многолетний опыт работы опорного реабилитационного центра Национальной Федерации лечебно-верховой езды убеждает в многогранности и уникальности реабилитирующих эффектов ЛВЕ с ИКС.

Пациенты центра обычно отличаются пониженной сопротивляемостью к возбудителям острых респираторных и инфекционных заболеваний, являясь, по сути, группой часто и длительно болеющих. Регулярные занятия ЛВЕ, как правило, приводят к урежению простудных заболеваний, несмотря на довольно тесные контакты с большим количеством взрослых людей сотрудников центра (медицинским персоналом, педагогами, массажистами, инструкторами и др.).

В ходе исследования появилась реальная возможность с целью уточнения эффективности комплексной системы реабилитации на основе ЛВЕ с ИКС использовать результаты оценки по отдельным видам главных нарушений и ведущему ограничению жизнедеятельности. Подробно результаты этого фрагмента работы изложены в главе 4. Здесь же считаем необходимым отметить роль в экспертной оценке сотрудников центра и родственников его пациентов, что, несомненно, повышает объективность и достоверность оценок.

У большинства пациентов центра, вместе с навыками верховой езды, отмечаются значительные успехи в уменьшении или снятии главных нарушений и ведущих ограничений жизнедеятельности. Есть и наблюдения об увеличении объёма движений в тазобедренных и коленных суставах, о впервые появившихся признаках движения в парализованной кисти, прибавке на 1-2 кг силы правой кисти.

Положительные изменения отмечены в психоэмоциональной и социальной сферах. Появилась раскованность; увеличилась активность; снизилась излишняя возбудимость. У многих пациентов проявились достоверные признаки уверенности в своих возможностях; изменение менталитета, повышение самооценок и тому подобное. У части пациентов экспертами было отмечено постепенное избавление от страхов, от вялости, безучастности; появление интереса к активной жизни. У целого ряда детей инвалидов было отмечено нарастающее стремление к получению знаний, к развитию творческих наклонностей и овладению навыками трудотерапии навыками ремёсел, представляемыми опорным центром. Эксперты отмечают появление у большинства пациентов навыков вспомогательного порядка: приготовления и раздачи пищи, сервировки столов, сбора грязной посуды и мытья ее. Некоторые пациенты овладели элементами навыков вязания на ручных машинках, столярными, гончарными и другими операциями. Особенно заметно проявляются эти достижения во время интенсивного цикла ЛВЕ в летнем оздоровительном лагере, одного из важнейших компонентов клинико-организационной модели опорного центра.

Практически у большинства пациентов центра отмечается повышение уровня качества его жизни. Немаловажное значение имеет и улучшение качества жизни и его семьи, поскольку члены семьи получают за это время определенную разгрузку и свободное от ухода время. Правом выбора является совместное пребывание в лагере со своим больным. При этом часть родственников, по возможности, получают работу на платной основе, другие находят себе применение в организации детского досуга, трудотерапии, в деятельности кружков на общественных началах.

Большинство родителей высоко оценивают идею и практику организации летнего оздоровительного лагеря для семей с детьми-инвалидами, отмечая, что подобный совместный отдых в условиях интеграции со здоровыми детьми приносит более высокий реабилитирующий эффект их детям: Это выражается в появлении навыков самообслуживания, общения с окружающими, желания участвовать в жизни лагеря и многое другое. Проведенный нами

опрос показал еще один дополнительный эффект – появление у родственников навыков по уходу за инвалидами и реабилитационной помощи. Многие из родственников высоко оценивают вкусное и полноценное питание, это тем более важно, что большинство семей находятся в тяжёлом материальном положении, лишаящем малейшей возможности обеспечить больного ребёнка, полноценным и сбалансированным питанием.

Заметно усилилось воздействие ЛВЕ на качество жизни тех пациентов, которые стали тренироваться и участвовать в конно-спортивных соревнованиях для лиц с ограниченными возможностями.

Пятеро пациентов опорного центра поступили на общих основаниях в вузы г. Москвы, окончили их и успешно трудятся. Несколько наших воспитанников плодотворно трудятся в центре. Двое из них работают после окончания педагогических вузов в качестве педагогов. Студент института иностранных языков безвозмездно обучает детей-инвалидов английскому языку. Все они ощущают себя полезными и равными членами общества. Пока это – единичные случаи, но по сути своей подобный итог является главной целью реабилитационной работы.

Положительный опыт работы реабилитационного центра на основе ЛВЕ с ИКС привлекает специалистов реабилитационных центров разных форм собственности, а также семьи, имеющие детей инвалидов и самих инвалидов. Основным препятствием для распространения опыта подобных реабилитационных центров является отсутствие четкого методического сопровождения и рекомендаций по должной организации центров, поэтому разработка и внедрение инструктивно-методического комплекса являются одним из важных разделов исследования. Примерное штатное расписание реабилитационных центров с различными хозяйственными механизмами, формами, уровнями с опорой на ЛВЕ, должностные обязанности сотрудников центров и другие материалы инструктивно-методического комплекса организации реабилитационных центров с опорой на ЛВЕ с ИКС могут быть внедрены в работу вновь организованных центров. Самостоятельное значение имеют разработанные правила техники безопасности, при использовании ЛВЕ. Полученные результаты служат основой для разработки комплексных программ для реабилитации пациентов с ограниченными возможностями на основе ЛВЕ в лечебно-оздоровительных учреждениях различных уровней и типов с различными механизмами финансирования.

Большое внимание в опорном реабилитационном центре уделяется вопросам должной подготовки и переподготовки специалистов по комплексной реабилитации пациентов с ограниченными возможностями на основе ЛВЕ с ИКС. С этой целью используется специально разработанный учебный комплекс.

Таким образом, ЛВЕ расширяет реабилитационные возможности реабилитационных центров. Для успешного тиражирования опыта реабилитационного центра ЛВЕ с ИКС разработана клиничко-организационная модель системы комплексной реабилитации на основе ЛВЕ и ИКС. Одним из важнейших компонентов модели является летний оздоровительный центр, позволяющий проводить интенсивный цикл ЛВЕ, активнее подключать элементы инвалидного конного спорта (ИКС). Опыт работы летнего спортивно-оздоровительного лагеря в системе реабилитационного центра свидетельствует о целом ряде дополнительных реабилитационных эффектов и, в первую очередь, многоплановый эффект на семьи детей-инвалидов в целом. С целью внедрения модели опорного реабилитационного центра в практику регионов разработан примерный инструктивно-методический комплекс организации реабилитационных центров на основе ЛВЕ и ИКС. Работа с регионами ведется через систему Национальной Федерации лечебно-верховой езды. Примерное штатное расписание реабилитационных центров с различными хозяйственными механизмами, формами, уровнями с опорой на ЛВЕ, должностные обязанности сотрудников центров и другие материалы инструктивно-методического комплекса организации реабилитационных центров с опорой на ЛВЕ с ИКС внедрены в работу вновь организованных центров. Самостоятельное значение имеют разработанные правила техники безопасности. Успешное развитие в стране комплексной реабилитации пациентов с ограниченными возможностями на основе ЛВЕ и ИКС невозможно без целенаправленной подготовки специалистов реабилитационных центров. Этой цели служит разработанный учебный комплекс подготовки и переподготовки специалистов реабилитационных центров. Полученные результаты служат основой для разработки комплексных программ для реабилитации пациентов с ограниченными возможностями на основе ЛВЕ в лечебно-оздоровительных учреждениях различных уровней и типов с различными механизмами финансирования.

В заключение, считаем необходимым отметить, что при всей положительной роли реабилитационных центров на основе комплексных методов реабилитации, их разноплановая деятельность независимо от форм собственности нуждается во всех видах

государственной поддержки: правовой, политической, финансовой и других.

Список литературы

1. Абальмасова Е.А., Коган А.В. Спинальные и корешковые нарушения у больных кифосколиозом //Ортопед., травматол. и протезир. – М., 1972. – №1. – С. 52.
2. Агафонов Ю.А. Роль кровообращения межпозвонковых дисков и бокового наклона в формообразовании позвоночника и генеза сколиоза: Автореф. канд. дисс. – М., 1984. – С. 18.
3. Адрианова Г.Г., Коц Я.М., Мартьянов В.А. Применение электростимуляции для тренировки мышечной силы //Новости мед. приборостроения. – Труды НИИ МП. ВЗМ. – М., 1967. – С. 40-45.
4. Актуальные проблемы современного детства //Сб. научных трудов НИИ детства РДФ. – Вып. 1-6. – М., 1999. – С. 67-69.
5. Алексеева А.А., Логинова И.Н. Сочетанное применение физических факторов при консервативном лечении сколиотической болезни //Тез. докл. IV Всерос. съезда физиотер. и курорт. – М., 1984. – С. 240-241.
6. Альборов Г.К., Сакварелидзе М.В., Хомерики Э.Г. Ближайшие результаты distractionного хирургического лечения сколиозов. //Ортопедия, травматология и протезирование. – М., 1981. – N2. – С. 15-16.
7. Амастьянц Р.А., Артюхов А.С. Социально-гигиеническая характеристика общего контингента детей-инвалидов в Московской обл. //Проблемы территориального здравоохранения: Сб. научных трудов, вып.5. – М., 2004. – С. 237-241.
8. Аракчеев А.И. Тканевая гипоксия у больных сколиозом //Ортопедия, травматология и протезирование. – М., 1986. – №7. – С. 27-28.
9. Афанасенко Р.О., Алексеев М.А. К вопросу восстановительного лечения детей с нарушениями осанки и сколиозом в республиканском физкультурном диспансере //Лечебно-профилактич. помощь сельскому населению при травмах. – Уфа, 1985. – С. 57-58.
10. Бадалян Л.О. Детская неврология. – М.: Медицина, 1987.
11. Бадридзе Н.М., Белая Н.А, Коротаев Н.А. Массаж – часть двигательной культуры и кинезитерапии //Сб. тезисов международной конференции «Медицина и физическая культура на рубеже тысячелетий». – М., 2000. – 133 с.
12. Базанов А.И., Данилов В.Ф., Шишин В.В. Неврологический статус у больных сколиозом //Организация помощи и лечения

- детей с заболеваниями и травмами опорно-двигательного аппарата. – Архангельск, 1987. – С. 44-45.
13. Баранов А.А., Игнатьева Р.К., Каграманов В.И. Экологические и медико-демографические проблемы Приаралья и состояние здоровья детского населения в этом регионе //Педиатрия. – 1993. – №5. – С. 76-79.
 14. Баусов Ю.Н., Кесарева С.Б., Корепанова И.А. Кузина Л.А. Опыт проведения НКО летних лагерей для детей-инвалидов //Практическое пособие. – М.: АМИО, 2002. – 44 с.
 15. Бахтина Е.Н. Особенности пубертатного периода у больных диспластическим сколиозом: Дисс. канд. мед. наук. – М., 1990. – С. 269.
 16. Беленький В.Е. Электрическая активность мышц туловища при ходьбе у больных сколиозом //II Всесоюзная конференция по проблемам биомеханики: Тез. докл. – Рига, 1979. – С. 79-81.
 17. Белов В.П. и др. Реабилитация больных инвалидов; элементы теории и сферы деятельности //Методологические и организационные вопросы реабилитации инвалидов. – М., 1973. – С. 24-34.
 18. Белохвостова Г.П., Егорова Г.Е. Организация раннего выявления лечения и профилактики пороков, осанки и сколиоза в условиях городского врачебно-физкультурного диспансера //Акт. вопр. травмат. и ортопед. – 1983. – С. 18-22.
 19. Березкина К.В., Макарова В.И. Лечебная физическая культура при сколиозах: Лекции для студентов-заочников. – М.: ЦИУВ, 1975. – С. 21.
 20. Бикметов М.С. и др. Влияние гидрокинезотерапии на биоэнергетические процессы и содержание катехоламинов у детей, больных сколиотической болезнью //4-ый Съезд физиотерапевтов и курантологов УкССР: Тез. доклад. – Одесса, 1985. – С. 29-30.
 21. Болл А., Болл Б. Основы лагерного менеджмента: Учебное пособие для руководителей детских оздоровительных учреждений //Пер. с англ. – СПб, 1994.
 22. Боровик Э.Б., Григорьева А.А., Баранова Г.М. Медицинская реабилитация детей на современном этапе: Обзор //Вопросы курортологии, физиотерапии и леч. физ. культуры. – 1991. – №1. – С. 67-70.
 23. Бородич Л.А., Назарова Р.Д. Занятия плаванием при сколиозе у детей и подростков. – М., 1988. – С. 77.
 24. Бортфельд С.О., Рогачёва Е.И. Лечебная физкультура и массаж. При детском церебральном параличе. – Л.: Медицина, 1968.

25. Бравичев А.Н., Сеницын А.К. Оценка функционального состояния мышц туловища с помощью количественной электромиографии у больных сколиозом до и после курса электростимуляции //Протезирование и протезостроение. – 1981. – Вып. 59. – С. 109-114.
26. Брацель Е.Э. К вопросу об оценке результатов лечения и степени выраженности сколиоза //Комплексное лечение больных с повреждениями и заболеваниями костей, суставов и полостных органов. – Алма-Ата, 1987. – С. 170-172.
27. Брутман В.И., Северный А.А. Некоторые современные тенденции социальной защиты детей-сирот и вопросы профилактики социального сиротства //Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: Мат. Всерос. конф. – М., 1998. – С. 37-41.
28. Бубновская Л.С. Физическая активность-залог оптимального развития ребёнка первого года жизни //Материалы научно-практического семинара. – М., 2003. – С. 46-49.
29. Булгакова И.Ж. Плавание. – М., 1984. – С. 120.
30. Бурыгина А.Д., Голубова Т.Ф. Состояние нервно-мышечного аппарата у больных сколиозом в период адаптации и комплексного санаторно-курортного лечения //Вопр. курорт, физиотер. и леч. физ. культура. – 1985. – №3. – С. 22-25.
31. Вановский И.И. О боковых искривления позвоночника: Дисс. – СПб., 1996.
32. Васильев А.А. и др. Роль тепловизионного обследования в комплексной диагностике ранней стадии сколиоза у детей //Тепловизионная мед. аппаратура и практика ее примен.: Тез. доклад. – Л., 1985. – С. 306-308.
33. Величко В.П., Науменко Б.С. О неврологических расстройствах при диспластическом сколиозе //Врач. дело. – 1984. – №5. – С. 105-106.
34. Вельтищев Ю.Е. О стратегии и приоритетных направлениях педиатрии //Рос. вестник перинатологии и педиатрии. – 1994. – 39. – №1. – С. 2-8.
35. Винокуров В.А., Норкин И.А. Индекс ротационной стабильности сколиотической деформации позвоночника //АМН СССР. Сибирское отделение. Пленум проблемной комиссии «Хирургия»: Тез. докл. – Новосибирск, 1986. – С. 76-77.
36. Вовк Н.Н. Прогнозирование течения диспластического сколиоза: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Киев, 1988. – С. 30.

37. Волохов А.В. (редакция) Программы тематических смен в летнем оздоровительном лагере для детей и подростков. – М., 1997.
38. Воробушкова М.В, Жданова Л.А., Воробушкина В.В., Ширстов А.М. Принципы реабилитации детей с минимальной мозговой дисфункцией, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата //Мат. Всероссийского научного форума «Медицина, спорт, здоровье, Олимпиада». – М., 2004. – С. 25-26.
39. Вреден Р.Р. Практическое руководство по ортопедии. – Л., 1936. – С. 347-368.
40. Вырубов О.Т. О значимости электростимуляции мышц в корреляции искривления при сколиотической болезни //Мат. II съезда по ЛФК и СМ ГССР. – Тбилиси, 1986. – С. 89.
41. Гайдуков А.А. Оперативное лечение сколиоза методом длительной боковой коррекции //Ортопедия, травматология и протезирование. – 1990. – №3. – С. 69-72.
42. Гандельсман А.Б., Зенкевич К.Ф., Бойкова О.С. Функциональная характеристика нервно-мышечного аппарата при сколиозах у детей //Тезисы V-й научн. годичной сессии ин-та восстановления трудоспособности физически дефективных детей им. Г.И. Турнера. – Л., 1951.
43. Генеративное здоровье и социальные гарантии. Педагогическая и психологическая абилитация детей с ограниченными возможностями /Под ред. чл. кор. РАМН Саноцкого И.В. – М.: «Нефтяник», 1998. – 51 с.
44. Герсамия Л.В., Чилингаришвили Т.Г. Профилактика остеопороза физическими факторами //Мат. международного симпозиума «Физические факторы и здоровье человека». – Тбилиси, 2002. – С. 69-70.
45. Голубева А.В. Социальная защита детей-инвалидов и их родителей. – Владимир: Транзит-Икс, 2001. – С. 136.
46. Голубова Т.Ф. Влияние грязелечения на нервно-мышечную систему и функциональные возможности опорно-двигательного аппарата у детей со сколиотической болезнью: Автореф. канд. мед. наук. – 1985. – С. 17.
47. Голубова Т.Ф. Эффективность пелоидотерапии у больных детей дошкольного возраста со сколиотической болезнью //Акт. вопросы санат.-курорт, лечения детей с нетуберкул, забол.: Тез. докл. – М., 1988. – С. 187-188.
48. Голубова Т.Ф., Григорьева Н.С. Влияние адаптивных перестроек на эффективность санаторно-курортного лечения с применением пелоидотерапии больных сколиозом //Съезд

- физиотер. и курорт. Укр. ССР. 4-й тез. докл. 2-1. – Одесса, 1985. – С. 82-83.
49. Государственный доклад «О положении инвалидов в Российской Федерации». – М., 1998. – 235 с.
 50. Грабовой А.Ф. Комплексное лечение сколиоза: Автореф. дисс. д.м.н. – Харьков, 1974. – С. 30.
 51. Гращенко Т.Н. и др. Электростимуляция мышц туловища при сколиозе //Акт. проблемы электростимуляции. – Киев, 1983. – С. 38-39.
 52. Гребешева И.И. и др. Совершенствование организации экстренной медицинской помощи детям раннего возраста при неотложных состояниях – один из важнейших путей снижения детской смертности //XII Всесоюзный съезд детских врачей, 6-8 дек. 1988: Тез. докл. – 1988. – С. 17-18.
 53. Григорьев М.А. и др. О роли биомеханизма родов, анте- и перинатальных факторов в формировании право- и левосторонних сколиозов //Казан. мед. журн. – 1990. – №2. – С. 125-128.
 54. Григорьева Н.С. Функциональное состояние центр, нервной системы и церебральной гемодинамики у больных диспластическим сколиозом и их изменения под влиянием пелоидов //Акт. вопр. санат.-кур. леч. детей. – М., 1988. – С. 188-189.
 55. Гринина О.В. Семья – единица комплексных социально-гигиенических исследований //Сов. здравоохранение. – 1966. – №10. – С. 9-14.
 56. Гукасова Н.А. Лечебная физкультура в системе комплексного лечения сколиоза. – М., 1987. – С. 49.
 57. Гурвич П.Т. Верховая езда как средство лечения и реабилитации в неврологии и психиатрии //X-л «Неврология и психиатрия». – 1997. – С. 65.
 58. Гурвич П.Т., Легошин В.И. Конный спорт один из видов спорта инвалидов //Мат. Всероссийской научно-практической конференции: Современные проблемы и перспективы развития. – М., 2000. – С. 8.
 59. Гурвич П.Т., Рубцова Н.О. Возможности ЛВЕ в социальной адаптации и реабилитации детей и взрослых с проблемами развития //Мат. Всероссийской научно-практической конференции: Специальное Олимпийское движение в России. Современные проблемы и перспективы развития. – М., 2000. – С. 6.

60. Гурвич П.Т., Рубцова Н.О. Обучение специалистов (ЛВЕ), в России (на основе опыта ДЭЦ «Живая нить») //Мат. Всероссийской научно-практической конференции: Современные проблемы и перспективы развития. – М., 2000. – С. 7.
61. Гурев М.И., Мяготина И.П. Коррекция сколиотической осанки в процессе лечения основного заболевания в условиях детского санатория //Труды. Крым. мед. ин-та. – 1982. – Т. 92. – С. 49-57.
62. Гусева Н.К. К вопросу о постреабилитационной защите больных //Здравоохранение РФ. – 1993. – №5. – С. 29-30.
63. Давиденков С.Н. Проблема полиморфизма наследственных болей нервной системы. – М., 1934.
64. Дементьева Н.Ф. и др. Методика контроля усвоения учебного материала детьми с выраженной умственной отсталостью в домах-интернатах реабилитационного и смешанного типов: Мет. рекомендации для работников органов и учреждений соц. обеспечения /ЦНИИ экспертизы трудоспособности и орг. труда инвалидов. – М., 1990. – 13 с.
65. Дементьева Н.Ф. и др. Социальная и трудовая адаптация умственно-отсталых лиц в условиях психоневрологического интерната: Мет. рекомендации для работников органов и учреждений соц. обеспечения. – М., 1986.
66. Дементьева Н.Ф. О внедрении результатов научно-исследовательских разработок в практику деятельности домов-интернатов //Вопросы мед.-соц. помощи нетрудоспособным гражданам. – М., 1990. – С. 4-8.
67. Дементьева Н.Ф. Реабилитационный центр умственно отсталых лиц как принципиально новый тип стационарных учреждений системы социального обеспечения //Тез. докл.: Всерос. съезда психиатров 24-26 окт. 1990 г. – Т. 2. – Томск, 1990. – С. 66-67.
68. Дети, семья, общество: проблемы духовности //Мат. Форума общественности. – М., 1997.
69. Джинджолия Р.М. и др. Эффективность комплексного лечения больных сколиозом в условиях применения ЛФК, массаже и физиопроцедур //Матер. докл. Грузин. респуб. Конф. молодых медиков, 16. – 1987. – С. 70-71.
70. Джосвик Ф., Китредж М. Макковен, Макпарлэнд К., Вудз С. Вопросы и ответы //Руководство по организации и осуществлению конно-терапевтических программ /Пер. с англ. – М., 2000.
71. Джэн Спинк. Развивающая лечебная верховая езда //Принципы создания и оценка работы команды. – М.: МККИ, 2001. – 198 с.

72. Дибижев А.Г. Устройство коррекции деформаций позвоночника у детей /Вопр. курорт., физиотер. и лечебн. физкультуры. – 1982. – №5. – С. 70-71.
73. Д-р Колинэ. О верховой езде и её действии на человека /Пер. с фран., под ред. д-ра Каченовского Л. – С-Пб, 1888. – переиздано в 2001 г. Москва, МККИ.
74. Дудин М.Г. и др. Варианты обменных процессов минерального компонента костной ткани при идиопатическом сколиозе. Профилактика, комплексное лечение и медико-социальная реабилитация детей с заболеванием опорно-двигательного аппарата. – Владимир, 1988. – С. 67-69.
75. Духовский С.М. Школьные искривления спины. – М., 1914.
76. Евсеев С.П. Проблемы и перспективы развития специального олимпийского движения в России //Мат. Всероссийской научно-практической Конференции: Специальное Олимпийское движение в России. – М., 2000. – С. 14.
77. Ерёмушкин М.А. Основы мануальной техники массажа //Теория и практика. – М.: «Триада-Фарм», 2004. – 100 с.
78. Ефимов О.И. Двигательная активность лиц с ограниченными возможностями. Объективизация оценки и совершенствование развития //Мат. Всероссийской научно-практической конференции: Специальное Олимпийское движение в России. – Москва, 2000. – С. 18.
79. Журавлёва А.И., Граевская Н.Д. Спортивная медицина и лечебная физкультура //Руководство для врачей. – М.: «Медицина», 1993. – С. 341-343.
80. Загородный П.И., Загородный А.П. Реабилитационное лечение при спондилогенных заболеваниях нервной системы. – Л., Медицина, 1980. – С. 248.
81. Закон о защите детства //Законодательство Российской Федерации о защите прав ребёнка: Сборник-справочник. – М., 1999.
82. Закревский Л.К. К патогенезу идиопатического сколиоза //Всероссийский съезд травматологов-ортопедов. – Л., 1966. – С. 145-152.
83. Закревский Л.К., Зацепин Т.С. Ортопедия детского и подросткового возраста. – М., 1956. – С. 146-163.
84. Зелинская Д.И. О состоянии здоровья детей в России //Школа здоровья. – 1995. – 2. – №2. – С. 5-12.
85. Ивановская О.Д. Вопросы реабилитации диспансерной группы больных в условиях детской поликлиники крупного города

- //Проблемы городского здравоохранения: Сб. тр. – Вып.1. – С Пб., 1995. – С. 162-166.
86. Иваньшина И.А., Амасьянц Р.А., Артюхов А.С. Социально гигиенические аспекты детской инвалидности и пути совершенствования комплексной реабилитации детей //Проблемы территориального здравоохранения: Сб. научных трудов. – Вып. 5. – 2003. – С. 241-245.
87. Игнатьева Р.К. и др. Проспективные когортные исследования здоровья детей: Науч. обзор /ВНИИ мед. и мед.-техн. информ. – В.2. – Медицина и здравоохранение. Сер. Соц. гигиена, орг. и упр. здравоохранением: Обзор информ. – М., 1985. – 63 с.
88. Игнатьева Р.К. и др. Учет заболеваемости и анализ состояния здоровья детей, воспитывающихся в дошкольных учреждениях: Мет. указания. – М., 1986.
89. Игнатьева Р.К., Кадеркаева Н.И., Максимова М.В. и др. Особенности патологии беременности и родов у работающих женщин //Проблемы охраны труда и здоровья женщин на современном этапе: Тез. докл. Всесоюз. конф. – Ч.2. – 1988. – С. 262-265.
90. Ильин А.В. Компенсация сколиотической деформации у детей //Труды ин-та Моск. обл. н/и Клин. инт. – 1981. – Т.33. – С. 17-27.
91. Ильина Ю.П. Влияние электростимуляции мышц на интенсивность основного обмена при сколиозе //Протезир. и протезостроение. – М., 1982. – Вып. 60. – С. 70-74.
92. Ионатамишвили Н.И. Лечебная верховая езда и ее роль в реабилитации детей с церебральным параличом //Вестник спорт. Медицины, Россия. – №2 (15). – 1997. – С. 81-82.
93. Ионатамишвили Н.И. Реабилитация детей с гиперкинетической формой ДЦП //Кафедра ЛФК и ВК Тбилисской Медицинской Академии. – Тбилиси, 1998. – С. 12-14.
94. Ионатамишвили Н.И., Цверава Д.М. Лория М.Ш., Авалиани Л.Н., Райттерапия в развитии перцептивных навыков при детских церебральных параличах //Материалы международного симпозиума «Физические факторы и здоровье человека» Грузия. – Тбилиси, 2002. – С. 85,86,87.
95. Ионатамишвили Н.И., Чхиквишвили Ц.Ш. Особенности райттерапии при детском церебральном параличе» /Кафедра ЛФК и ВК, кафедра неврологии Тбилисской Медицинской Академии, Центр райттерапии и реабилитации. – 1993. – С. 27-28.

96. Иппотерапия (лечебная верховая езда): Мет. рекомендации /Под ред. проф. Лильина Е.Т. – М., 1999. – 22 с.
97. Ишил В.А. К вопросу о возможностях консервативного лечения сколиоза //Ортопедия, травматология и протезирование. – 1990. – №3. – С. 74-77.
98. Кабанов М.М. Реабилитация психических больных. – М.: Медицина, Меднаука, 1972. – С. 232.
99. Кадырова Л.А., Сак Н.Н., Яворская В.А. Морфологическая асимметрия тела у спортсменов и больных с гетерогенными заболеваниями нервной системы //Актуальные проблемы, современные достижения психоневрологии, их медико-технические аспекты в основных разделах и практике мед. – Харьков, 1985. – С. 46-47.
100. Казьмин А. И., Фищенко В.Я. Дискогиология (этимология, патогенез и лечение сколиоза). – М., Медицина, 1974.
101. Казьмин А.И. Двухэтапное лечение сколиоза. – Медицина, 1968. – С. 150.
102. Казьмин А.И. и др. Зависимость исхода дискэпифизэктолии при диспластическом сколиозе от биохимического состава тела позвонка. –//Ортопедия, травматология и протезирование. – 1990. – №3. – С. 42-45.
103. Казьмин А.И. Этиология и парогенез сколиоза: Актовая речь. – М., 1977. – С. 18.
104. Казьмин А.И., Беленький В.Е. Патогенез и вопросы лечения сколиоза //Актуальные вопросы профилактики и лечения сколиоза у детей: Сб. –М.: ЦИТО, 1984. – С. 3-9.
105. Казьмин А.И. и др. Динамика диспластического сколиоза после папаинизации межпозвоночных дисков //Ортопедия, травматология и протезирование. – 1982. – №2. – С. 1-4.
106. Какауридзе М.В. Основы первичной профилактики ортопедических заболеваний в Грузии: Автореферат, дисс., к.м.н. – Тбилиси, 1987. – С. 25
107. Калниньш Я.Я. и др. Основные направления в выявлении и лечении сколиотической болезни у детей //Заболевания и повреждения позвоночника у детей. – Л., 1981. – С. 98-101.
108. Камсюк Л.Г. и др. Организация работы лечебно-профилактических учреждений с семьями детей-инвалидов, страдающих церебральными параличами: Мет. рекомендации /МЗ СССР, Гл. упр. лечеб.-профилакт. помощи детям и матерям, ВНИИ соц. гигиены и орг. здравоохранения им. Н.А. Семашко и др. – М., 1988. – 30 с.

109. Камсюк Л.Г. Проблемы медико-социальной реабилитации детей-инвалидов //Педиатрия. – 1990. – №2. – С. 5-10.
110. Каптелин А.Ф. и др. Комплексное применение функциональных методов восстановительного лечения у детей с нестабильными формами сколиоза //Фельдшер и акушерка. – 1989. – №4. – С. 61-63.
111. Кича Д.И., Окунева Г.Ю. Медико-социальные потребности семей, воспитывающих детей-инвалидов //Мед. помощь. – 1994. – №3. – С. 8-11.
112. Клейга В. Некоторые аспекты развития реабилитационной системы в Лит. ССР //Биологические, психологические и социальные аспекты реабилитации. – Вильнюс, 1976. – С. 6-8.
113. Клепикова Р.А. и др. Опыт консервативного лечения сколиоза у детей в Архангельской школе-интернате //Лечение сколиотической болезни у детей и подростков. – Л., 1980. – С. 122-124.
114. Кобзев Ю.А. Всесоюзная конференция «Реабилитация хронических больных детей и детей инвалидов» //Вопросы курортологии, физиотерапии и леч. физ. культуры. – 1992. – №2. – С. 72-73.
115. Коган О.Г. Реабилитация больных при травмах позвоночника и спинного мозга. – М.: Медицина, 1975. – С. 240.
116. Кожевников Е.В. и др. Санкт-Петербургская программа «Абилитация младенцев – первая в России программа раннего вмешательства» //Педиатрия. – 1995. – №4. – С. 112-113.
117. Козюков Е.В., Ушаков А.Б. Состояние минерального компонента костной ткани при сколиозе у детей //Заболевание и повреждение позвоночника у детей. – Л, 1981. – С. 48-51.
118. Комаревцев С.Л. Диагностика, прогнозирование и особенности лечебной тактики поясничных диспластических сколиозов: Дис. канд. мед. наук. – Л., 1982. – С. 164.
119. Кон И.И., Назарова Р.Д. 20-летний опыт лечения сколиоза у детей //Актуальные вопросы ортопедии и травматологии. – М., 1984. – С. 30-36.
120. Коц Я.М. Тренировка мышечной силы методом электростимуляции. Сообщение 1. Теоретические предпосылки //Теор. и практ. физ. культуры. – 1971. – №3. – С. 64-67.
121. Кулиш Н.И. Уточнение понятия термина и реабилитация. Реабилитация больных с профессиональной патологией в условиях научно-технического прогресса. – Донецк, 1979. – С. 14-15.

122. Латыпов А.Л., Латыпова И.А. Электромиография и пульсмография как информативные методы исследования при коррекции сколиоза //Научн. труды /Казанский НИИ травм. и орт. – 1985. – Т.32. – С. 23-29.
123. Латыпова И.А. Данные электрофизиологического исследования паравертебральных и межреберных мышц реопульмонографии у больных сколиозом //Патология позвоночника. – Л., 1982. – С. 70-74.
124. Левая И.В. Клинический полиморфизм диспластического сколиоза: Дисс. канд. мед. наук. – 1980. – С. 236.
125. Леонов С.А. и др. Руководство по информационному обеспечению учреждений и служб системы здравоохранения /Всесоюз. науч. центр мед. реабилитации и физ. терапии. – М., 1990. – 241 с.
126. Лильин Е.Т. Абилизация и реабилитация детей средствами физической культуры //Материалы Всероссийской научно-практической конференции: Специальное олимпийское движение: опыт работы в России.
127. Лихварь Г.Т., Путилова А.А., Усикова Т.Я. Консервативное лечение нарушений осанки и сколиоза: Метод. указ. – Киев, 1974. – С. 19.
128. Ловейко И.Д. Лечебная физическая культура у детей при дефектах осанки, сколиозах и плоскостопии. – Л.: Медицина, 1982. – С. 143.
129. Локшина Е.Г. и др. Консервативное лечение сколиотической болезни в специализированной школе-интернате //Лечение сколиотической болезни у детей и подростков. – Л., 1980. – С. 115-117.
130. Ломаченко И.Н. и др. Реабилитация детей и подростков со сколиозом //Лечение сколиотической болезни у детей и подростков. – Л., 1980. – С. 109-118.
131. Лория М.Ш. Реабилитация с использованием лечебной верховой езды у больных, перенесших инфаркт миокарда //Материалы конф. аспирантов и молодых ученых /Тбил. ИУВ МЗ ГССР. – 1984. – С. 74-76.
132. Лория М.Ш., Цверава Д.М. Лечебная верховая езда в системе медицинской реабилитации //Материалы Всесоюзного съезда по ЛФК и СМ. – Ростов на Дону, 1987. – С. 23-25.
133. Лория М.Ш., Цверава Д.М. Райттерапия у больных с инфарктом миокарда: Методические рекомендации. – Тбилиси, 1985 /Переиздано в Москве. – 2002. – 20 с.

134. Маковецкая Г.А. и др. Экспертная оценка причин и структуры инвалидности у детей //Рос. вестник перинатологии и педиатрии. – 1995. – 40. – №2. – С. 42-45.
135. Маннанов С.М. и др. Результаты комплексного консервативного лечения сколиоза у детей //Врожденные деформации опорно-двигательного аппарата. – Ташкент, 1981. – С. 45-50.
136. Мартынов В.Л. Анализ медико-социальных проблем семей с детьми-инвалидами, страдающими детским церебральным параличом //Здравоохранение РФ. – 1993. – №3. – С. 20-23.
137. Мартынов В.Л. Роль семьи в реабилитации детей-инвалидов //Сов. здравоохранение. – 1990. – №10. – С. 36-39.
138. Мелехов Д.Е. Реабилитация больных и инвалидов – междисциплинарная проблема //Вопросы терапии и реабилитации психических больных. – Львов, 1975. – С. 10-12.
139. Микеладзе В.З., Овечкина А.В., Шумская Т.Н. Прогрессирование сколиотической болезни у взрослых //Тезисы докладов научно-практической конференции детских врачей ортопедов-травматологов. – Ярославль, 1986. – С. 153-154.
140. Мирославова Н.Г. К вопросу о состоянии сердечно-сосудистой системы у больных сколиозом (по данным электро- и векторкардиографии и реографии легких): Автор. дисс. к.м.н. – Саратов, 1972. – С. 15.
141. Мовшович И.А. К морфологии и патогенезу сколиозов. – М., Медгиз, 1969. – С. 123.
142. Николаева Е.И. Роль физической нагрузки в развитии интеллекта //Материалы Всероссийской научно-практической конференции: Специальная Олимпиада в новом десятилетии: масштабы, качество, результаты. Москва 17-18 декабря 2001 года. – М., 2001. – С. 22.
143. Николаева Л.Ф. Пути развития реабилитационного направления в здравоохранении //Вопр. курортол. – 1989. – № 1. – С. 1-6.
144. Новикова В.Н., Беседина А.А. Пути оптимизации режима обучения, условий воспитания и медицинского обеспечения детей-сирот в интернатных учреждениях //Охрана здоровья детей и подростков: Респ. межвед. сб. – Киев. – 1997/1990. – Вып. 21. – С. 3-6.
145. Овчаренко С.А. Методические подходы к изучению проблемы инвалидности с детства //Здравоохранение РФ. – 1993. – №11. – С. 21-23.
146. Овчаренко С.А., Швецова В.С., Полякова Т.В. К методике комплексного изучения медико-социальных причин

- инвалидности с детства //Здравоохранение РФ. – 1994. – №5. – С. 25-27.
147. Орлова Г.Г. Региональная программа: Проблемы медико-биологической, психологической и социально-правовой защиты инвалидов. Саратов, 1992 г. Одобрена Координ. комитетом по делам инвалидов при Президенте РФ 29.10.92 г.
 148. Орлова Г.Г., Шеметова Г.Н. и др. О валеологическом образовании и стратегии здоровья населения //Образ жизни и здоровья населения: Тезисы докл. 2-го межд. мед. конгресса. – 1998. – С. 173.
 149. Особый ребёнок. Проблемы и решения. Книга для врачей, психологов, педагогов, воспитателей. – М.: Научно-медицинская фирма «МБН», 2002. – 255 с.
 150. Пакилева Н.П., Кузнецова Л.В. и др. Решаем и планируем вместе: Методическое пособие в помощь организаторам летнего отдыха. –М., 1998.
 151. Паршутин А.В. Физическая культура и спорт в системе реабилитации психических больных в стационарных психоневрологических учреждениях //Материалы Всероссийской научно-практической конференции: Специальная Олимпиада России в новом десятилетии: Масштабы, качество, результаты Москва, 17-18 декабря 2001 г. – М., 2001. – С.14.
 152. Поляев Б.А., Чоговадзе А.В., Рубаненко Е.П. Новая концепция организации учебного процесса по физическому воспитанию, реабилитации и спортивной медицине в Российском государственном медицинском университете //Журнал Российской ассоциации по спортивной медицине и реабилитации больных инвалидов. – №2(11). – М., 2004. – С. 21-24.
 153. Попова Т.В. Медико-социальные проблемы детей-инвалидов //Медико-социальные проблемы охраны здоровья на этапе перехода к страховой медицине: Мат. конференции 26-27 мая 1992 г. – С-Пб., 1992. – С. 99-100.
 154. Права и возможности инвалидов в Российской Федерации //Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации. – М.: Юридическая литература, 2001. – 101 с.
 155. Профессиональная подготовка подростков с нарушениями развития. //Семинар Центра лечебной педагогики для российских и французских специалистов. – М., 2002. – 95 с.

156. Пузанов Б.П. и др. Коррекционная педагогика. Основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии. – М., 1998.
157. Развитие и образование особенных детей. Проблемы, поиски. //Институт педагогических инноваций Российской Академии образования. – М., 1999. – 240 с.
158. Романов Н.Е. Юсупов М.Ю. Дифференцированные методы грязелечения у детей с учетом функционального состояния аппарата кровообращения //Всесоюзн. конф-я по организации санаторно-курортной помощи детям. – М., 1982. – С. 169-170.
159. Рохлин Д.Г. Болезни древних людей. – М.: Наука, 1965. – С. 198.
160. Рухадзе М.М. Методика физической реабилитации при остеохондрозе позвоночника //Материалы международного симпозиума: физические факторы и здоровье человека. Грузия, Тбилиси, 2002 г. – Тбилиси, 2002. – С. 109-110.
161. Рухадзе М.М. Патофизиологическое обоснование райттерапии /Кафедра ЛФК и ВК, кафедра неврологии Тбилисской Медицинской Академии, центр райттерапии и реабилитации. – Тбилиси, 1993. – С. 32-34.
162. Рухадзе М.М., Цинцадзе Г.Е., Якобашвили Л.М. Перспективность использования нового метода врачебно-педагогического наблюдения в современном пятиборье //Актуальные проблемы современной спортивной медицинской и лечебной физкультуры. – Тбилиси, 1982. – С. 96-99.
163. Садофьева В.И., Овсепян В.А. Сколиоз и его ранняя диагностика у детей //Раннее выявление, диспансеризация и лечение детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. – Л., 1987. – С. 74-78.
164. Салей Н.В., Полунин В.С., Лапшина Г.В. Проблемы психологической реабилитации детей-инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата //Материалы Росс. научно-практ. конф. «Медико-социальные проблемы детей-инвалидов». – М., 2002. – С. 86.
165. Салей Н.В., Полунин В.С., Прошин В.А. Совершенствование организации медико-социальной помощи детям-инвалидам //Проблемы территориального здравоохранения: Сб. науч. трудов. – М.: ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2003. – С. 143-146.
166. Сарчук В.Н. Изучение влияния грязелечения на кардиодинамику и физическую работоспособность у детей со сколиотической болезнью /Труды Крымского медицинского института. – 1985. – Т.107. – С. 128-130.

167. Сарычева С.Я. Основные медико-социальные проблемы инвалидности в детском возрасте //Педиатрия. – 1990. – №12. – С. 4-10.
168. Северный А.А. и др. Проект организации психосоматической помощи детям и подросткам //Особый ребенок и его окружение: Сб. мат. межд. конф. – М., 1994. – С. 50.
169. Семенов И.Р. Семейная детерминация клинического полиморфизма сколиотической болезни: Канд. дис. – Новосибирск, 1987. – С. 218.
170. Сеницин А.К. Электростимуляция скелетных мышц при консервативном лечении детей больных сколиозом: Канд. дис. – М., 1982. – С. 165.
171. Сколотенко В.А. и др. Типы адаптивных реакций у здоровых и больных детей на курорте //Санаторно-курортное лечение детей и подростков. – Анапа, 1984. – С. 186-188.
172. Социально-психологическая работа с семьями детей с ограниченными возможностями //Президентская программа «Дети России», Федеральная целевая программа «Дети-инвалиды». – М.: «Просвещение», 2002. – 476 с.
173. Стребков С.П., Нисинман Э.П. Лечебная физкультура в детских учреждениях при ревматизме и сколиотической болезни. – Киев, «Здоровье», 1981. – С. 55.
174. Сырникова Б.А., Амасьянц Р.Ф., Артюхов А.С. Концепция организации регионального реабилитационного центра для детей-инвалидов //Проблемы Территориального здравоохранения: Сб. научных трудов. – Вып. 5. – 2003. – С. 235-237.
175. Тарасов О.Ф., Фонарев М.И. Реабилитация при детских болезнях. – Л.: «Медицина», 1980. – С. 190.
176. Темичева Л.С. Образ жизни и детская смертность //Тез. докл. XII Всесоюз. съезда детских врачей. – 1988. – С. 132-133.
177. Уральская Н.П. Особенности моторики и физического развития спортсменов с нарушениями интеллекта //Материалы Всероссийской научно-практической конференции: Специальное Олимпийское движение в России. – М., 2000. – С. 54.
178. Уфименко Н.Н. Содержание и методика занятий физкультурой с детьми, страдающими детским церебральным параличом //Советский спорт. – М., 1991.
179. Фищенко В.Я., Вердиев В.Г. Сколиоз у взрослых. Обзор проблемы по данным литературы. Часть I //Ортопедия, травматология и протезирование. – 1990. – №8. – С. 70-78.

180. Фищенко В.Я., Вердиев В.Г. Сколиоз у взрослых. Обзор проблемы по данным литературы. Часть II //Ортопедия, травматология и протезирование. – 1991. – №2. – С. 62-68.
181. Цверава Д.М. Профилактика и лечение сколиоза конным спортом: Методические рекомендации. – Тбилиси, 1984. – Переиздано в Москве в 2002 г. – 28 с.
182. Цверава Д.М., Цверава М.Д. Двухмерная эхокардиография у спортсменов-конников высокой квалификации //Центральная регуляция вегетативных функций. – Тбилиси, 1984. – С. 251.
183. Чоговадзе А.В., Поляев Б.А. К 65-летию кафедры реабилитации и спортивной медицины РГМУ //Вестник спортивной медицины России. – № 2 (23). – М., 1999. – С. 41-42.
184. Шмаков С.А. Каникулы: Прикладная энциклопедия. – М., 1994.
185. Шульдяков А.А. и др. Некоторые итоги занятий лечебным плаванием в системе реабилитации школьников с начальными степенями сколиоза //Лечение сколиотической болезни у детей и подростков. – Л., 1980. – С. 113-115.
186. Юмашев Г.С. Травматология и ортопедия. – М.: Медицина, 1977. – С. 420-431.
187. Юмашев Г.С., Ренкер К. Основы реабилитации. – М.: Медицина, 1977. – С. 420-431.
188. Юсупов М.Ю. и др. К механизму непосредственного действия грязелечения на кровообращение детей со сколиозом //Заболевания и повреждения позвоночника у детей. – Л., 1955. – С. 60-62.
189. Якимова С.П. К вопросу об изучении инвалидности с детства //Вопросы врачебно-трудовой экспертизы и реабилитации больных и инвалидов. – Ташкент, 1985. – С. 110-112.
190. Янкова З.А., Чаброва И.А. Лето в городе: проблемы развития и оздоровления детей. – М., 1998. – С. 23
191. Яроцкий А.И. Эффективность тренировки устойчивости вестибулярных реакций методом быстрых движений головой //Тез. докл. конф. по вопр. физиологии спорта. – Л., 1955. – С. 115-116.
192. Abbot F. Scoliosis //J. ortop. Surg. – 1917. – S. 15, 26, 108.
193. Adler N. Setal. School screening for scoliosis one experience in California using clinical examination and moire photography. West J. med. – 1984. – S. 141.
194. Aebi M. Correction of generative scoliosis of the lumbar spine //Clin. ortop. – 1988. – №232. – P. 80-86.

195. Andersen P.E. et al. Dose reduction in radiography of the spine in scoliosis //Acta radical 1. Sect. Dignosis. – 1982. – 23, 3A, 251-253.
196. Anita Shkedi. The Use of Therapeutic Horseback Riding in the Treatment of Neurodevelopmental dysfunction //Ninth International Therapeutic Riding Congress, Denver, Colorado, USA. – 1997. – S. 57.
197. Auvient B., Gvillenevc P., Ginet J. Equitation academique Adaptation du cavalier. Analyse du geste sportif. Med. Sport (Paris). – 52. – 1978. – 11/335-28/352.
198. Bamfield R.W. An essan on curvaturvers and disases of the spine including all the forms of spinal distorcion. L. – 1824.
199. Baumann J.U., Danielchick K., Hausermann S. Huggenbauer Experiment Reittherapie. Krankengymnastik. – 23. – 1971. – 10. – P. 314-319.
200. Baumann J.U. Indicationen der Reittherapie bei Kindern mit zerebralen Bewegungstrungen. Therapiewochen 28. – 1978. – S. 4624-4629.
201. Bausenwein J. Gutachten zur Frage des Therapeutischen Reitens aus sportarztlicher Sicht.-Stuttgart: Kohehammer, 1974. – Schriftetenreiche des Bundesministers fir Jugend, familie und Gesundneit. – S. 21.
202. Baver H.J. Stellenwert der Krankengymnastik bei Behandlung von Multiple-Sklerose-Patienten. In: Therapeutisches Reiten 82: Vortr. Auf d.4. Internat. Kongr. « Therapeutisches Reiten», Hamburg, 26-29.08. 1982 /HRSG.: Kuratorium fur Therapeutisches Reiten. Dillenburg: Kuratorium L; Therapeutisches Reiten. – S. 204-212.
203. Bednarek J. Effect of sports on posture in schulchildren //Chirurg. Narzadow ruchn ortop. pelsv. – 1981. – Vol. 46. – №2. – S. 165-167.
204. Berg U., Aaro S. Long term. effect of Boston brace treatment on renal function in patients with idiopathic scoliosis //Clin ortop. relat. res. – 1983. – 180. – 169-172.
205. Biscopong J., Weber U. Pulmonale Kompliktationen nach Harrington-operation //Z. ortop. – 1983. – 121, 6, 741-743.
206. Bisgard J.D., Musselmann M.M. Scoliosis. It's experimental production and growth correction: growth and fusion of vertebral bodies //Surg. Gymea. Obstet. – 1940. – Vol. 70. – P. 1029.
207. Blekk E.E. Adolescent idiopathic scoliosis //Develop. medic. – 1991. – Vol. 33. – N2. – P. 167-173.
208. Chmorl G., Junghans H. Die gesunde und die kranke Wirbelsanle im Ritgenbild und Klinik. – Stuttgart: Karger, 1957. – 3905.

209. Dr. Gillian Lawrence Classification Systems for Equestrian Sport.//Ninth International Therapeutic Riding Congress //Denver, Colorado, USA. – 1997. – S. 34.
210. Gundula Hauser. The Horse – Important for Every Child-Vaulting as Means for integrational Education //Ninth International Therapeutic Riding Congress. – Denver, Colorado, USA. – 1997. – S. 57.
211. Hess H. Preventive measures in popular and competitive sports from the ortopedic viewpoint //Offen. Gesundhehtsweden. – 1987. – 7749. – №8-9. – S. 496-500.
212. Jane Copeland Fitzpatrick /Hippotherapy and Therapeutic Riding-an international Review //Ninth International Therapeutic Riding Congress. – Denver, Colorado, USA. – 1997. – S. 24.
213. Kahanovitz N. Spine. – 1984. – Vol. 9. – N5. – P. 442-444.
214. Kehl T. Scoliosis examination without X-rays //Ther. Umsch. – 1987. – 44, 10. – S. 746-750.
215. Kramer J.S. Biomechanische Veränderungen im Lumbalen Bewegungssegment //Huppocrates Verlag, Stuttgart. – 1973. – S. 557-560.
216. Kressin W., Rautenbach M. Zerebrale Bewegungsstörungen im Kindesalter., 2. berarb. Aufl //Berlin: Verl. vock. u. Gesundheit. – 1979. – S. 287-290.
217. Kunzle V. Koordinationsschulung durh Hippotherapie bei zerebralen Bewegungsstörungen. In: Therapeutisches Reiten 82: Vortr. auf d.4. Internat. Kongr. «Therapeutisches Reiten», Hamburg 26-29.08.1982 //Hrsg.: Kuratorium für Therapeutisches Reiten. – Dullenburg: Kuratorium f. Therapeutisches Reiten, 1983. – S. 186-192.
218. Kunzle V. Krankengymnastische Behandlung der Multiple-Sklerose-Patienten unterbesonderer Bercksichtigung der Hippotherapie //Therapeutisches Reiten 6. – 1979. – 3. – S. 5-7.
219. Kuprian W. Die Ausbildung von Krankengymnastiken in der Hippotherapie //Krankengymnastik. – 1986. – 5. – P. 350-356.
220. Kuprian W. Krankengymnastik. – 1983. – 1. – P. 18-26.
221. Lange M. Veränderungen an den Kleinen Wirbelgelnkum, eine bisher wenig beachtete ursache von Ruckenschmerzen //Munh., med. Wsehr. – 1933. – 80. – 1134.
222. Lippol D., von Horde H., Reiger Ch., Stapper G. Reittherapie beiminimalen celebralen Bewegungsstörungen //Therapeutisches Reiten 4. – 1977. – 1. – S. 18-22.
223. Machtey I. Sports and osteoarthritis //Harefual. – 1988. – Vol. 114. – №9. – P. 461-162.

224. Mandal A.C. Persistente Mensch-Theorie u. Wirklichkeit, Krankengymnastik, 36. – S. 10-15.
225. Marti B. Sports from a preventive medicine perspective //Tbea. Umschau. – 1987. – Vol. 44. – №11. – S. 835-843.
226. Mayberry R.P. The mystique of the horse is strong medicin-riding as therapeutic recreation //Rehabilitation lit. – 39. – 1978. – P. 192-196.
227. Michele J.I.P. Scoliosis – Baltimor: The Williams a Wilkins Company. – 1967.
228. Molnar G. Rehabilitative benefits of sports for the Handicapped //Connect. med. – 1981. – Vol. 45. – №9. – P. 574-577.
229. Muller R.T.F. Versuche der Objektivierung von Reittherapiurfolgen bei infantilen Cerebralparetikern //Men. Diss. A., Univ. Erlangen-Nurnberg. – 1979. – S. 19-20.
230. Nancy H., Mc. Gibbon, The Effect of Hippotherapy on Walking Ability in Children with Cerebral Palsy //Ninth International Therapeutic Riding Congress. – Denver, Colorado, USA. – 1997. – S. 43
231. Pr. A. Pasqhinelli (Italia) Focus on some basic criteria for an objective therapeutic riding evaluation //10 th. International Congress 2000 – Cheval et Differences. Angers-Saumur, France 26-29 April. – 2000. – S-41.
232. Rathke F.W. Reiten bei infantilen Zerebralparesen Dt., med, Wochenschr. – 95. – 1970. – S. 2544.
233. Reide D. Krankengymnastik. – 1983. – 1. – P. 10-13.
234. Reide D. Therapeutisches Reiten in der Krankengymnastik. – 1986. – S. 190.
235. Reiger Ch., Rommel N. Zum gegenwartigen Stand der Reittherapie Therapiewoche. – 1974. – 24. – S. 2300-2312.
236. Reiger Ch. Wissenschaftliche Grundlagen der Hippo – und Reittherapie Rehabilitation, 17. – 1978. – S. 15-19.
237. Risser H. Therapie mit und auf demPferd – Versuch einer Bestandsaufnahme – Rehabilitation. – 1975. – 14. – P. 145-149.
238. Roditty Sh. Riding to School. 3 Europaischer fur Therapeutisches Reiten. Munchen, Haar. – 1998. – P. 13-14.
239. Rukhadze M. Therapeutisches Reiten im System der physischen Rehabilitation der Wirbelsaylenosteochondrose. Therapeutisches Reiten. 3 – 1999. – 26, Iabrgang. – P. 17-19
240. Rukhadze M., Sheshaberidze E. Pathogenetic Basis of Hippoterapy system during physical Rehabilitation of the osteochondrose of the Spine. 3 Europaischer fur Therapeutisches Reiten. Munchen, Haar. – 1998. – P. 13-14.

241. Rusk H. Rehabilitation medicine //Saint Luis: Ch. Thomas. – 1977. – P. 420.
242. Scheidhacker Michaela /Psychodynamik und ausbildung eines Therapiepferdes in der Munchner shule fur psychotherapeutisches reiten, 3 Europaischer Kongress Fur Therapeutisches reiten. Munchen. – 1998. – S. 9-10.
243. Schlegel M. Reiten und Kardiopulmonales System. In: Therapeutisches Reiten im Rahmen einer Komplexen medizinischen Rehabilitation //Hrsg.: D. Reide. – Halle /Saale; Univ.-Drukerei. – 1980. – S. 73-77.
244. Stokes I.A. et al. Spine and back-shape changes in scoliosis //Acta ortop. Scand. – 1988. – 59, 2. – P. 128-133.
245. Strauss U. Krankengymnastik. – 183, 1. – P. 13-16.
246. Stryker R. Rehabilitative aspects of acute and chronic nursing care. Philadelphia: Ch. Thomas. – 1977. – P. 280.
247. Struminska Anna. Psychopedagogiczne aspekty hipoterapii dzieci I mlodziezy niepełnosprawnych intelektualnie //Warszawa, «Pozkal», 2003. – S. 305.
248. Sturmer R. Cardiovaskulare Auswirkungen beim Therapietischen sowie beim sportlichen Reiten-Reiten als trainingswirksame Sportart in Sinne des Ausdauertrainings. In: Therapeutisches Reiten 82: Vortr. auf d. 4. Internat. Kongr. « Therapeutisches Reiten», Hrsg.: Kuratorium fur Therapeutisches Reiten. – Dullenburg: Kuratorium f. Therapeutisches Reiten. – 1983. – S. 502-504.
249. Tauf-Kireken E. Krankengymnastik. – 1983. – 1. – P. 28-29.
250. Tecl F. et al. Late results of the comprehensive treatment of Wilm's tumor in children. Cesk. pediatr. – 1988. – Vol. 143. – N6. – S. 364-365.
251. Tsverava D.M., Loria M.Sh., Tsverava M.D. Remote Control and Regulation of Physical Charge Rate in Ridetherapy Treatment of Cardial left vetricle Insufficiency. Joint Workshop – The role of Exercise training and Exercise Testing in Patients with Svere left ventricular Disfunction, June. – 1995. – P. 41.
252. Tutsch C. Ulrich S.F. Wirbel saule und Hochleistungsturnen. /Sportartz und Sportmed. 25. – 1974. – S. 206-212; 230-234.
253. Wimmers F. Die Frau im Sattel. Mucner med. Wochensch. 110. – 1968. – S. 348.
254. Would J. Muscle memory and Learning and Teaching new Movements. 3 Europaischer fur Therapeutisches Reiten. Munchen, Haar. – 1998. – P. 24-25.

П р и л о ж е н и я

Приложение №1.
Извлечение из Демографического ежегодника России 2002 года

Таблица 1.

Распределение детей-инвалидов в возрасте 0-15 лет по заболеваниям, обусловившим возникновение инвалидности в Российской Федерации за 1996-1998 гг.

Классы, группы болезней и отдельные заболевания по МКБ-IX	1996		1997		1998	
	абс. числа	на 10000 соотв. насел.	абс. числа	на 10000 соотв. насел.	абс. числа	на 10000 соотв. насел.
Всего заболеваний	462259	142,4	514719	163,1	540732	176,8
в том числе:						
Инфекционные и паразитарные заболевания	4715	1,5	4741	1,5	4860	1,6
из них:						
туберкулез	365	0,1	552	0,2	752	0,3
нейроинфекции	2145	0,7	1932	0,6	1875	0,6
отдаленные последствия инфекционных и паразитарных заболеваний	1718	0,5	1776	0,6	1704	0,6
Новообразования	12801	3,9	14232	4,5	14961	4,9
из них:						
злокачественные новообразования лимфатической и кроветворной ткани	5714	1,8	6165	2,0	6274	2,1
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета	19852	6,1	22023	7,0	23637	7,7
из них:						
болезни щитовидной железы	2680	0,8	3176	1,0	3551	1,2
сахарный диабет	10681	3,3	11786	3,7	12670	4,1
Болезни крови и кроветворных органов	5448	1,7	5817	1,8	6098	2,0
из них:						
нарушение свертываемости крови	2532	0,8	2767	0,9	2776	0,9

Таблица 1 (продолжение)

Классы, группы болезней и отдельные заболевания по МКБ-IX	1996		1997		1998	
	абс. числа	на 10000 соотв. насел.	абс. числа	на 10000 соотв. насел.	абс. числа	на 10000 соотв. насел.
Психические расстройства	91140	28,1	99357	31,5	101502	33,2
из них: психозы	7133	2,2	7089	2,2	7914	2,6
специфические, непсихотические, психические расстройства на почве органического поражения головного мозга	11476	3,5	12920	4,1	14000	4,6
специфические задержки в развитии	5088	1,6	5914	1,9	6148	2,0
умственная отсталость	64450	19,8	70077	22,2	70672	23,1
Болезни нервной системы и органов чувств	154200	47,5	168006	53,2	174174	56,9
из них: воспалительные болезни ц.н.с.	4185	1,3	4376	1,4	4439	1,5
наследственные и дегенеративные болезни ц.н.с.	10643	3,3	10668	3,4	10594	3,5
другие болезни ц.н.с.	76376	23,5	82914	26,3	87150	28,5
болезни периферической нервной системы	7900	2,4	8460	2,7	8400	2,7
болезни глаза и его придатков	26498	8,2	30964	9,8	32783	10,7
болезни уха и сосцевидного отростка	24374	7,5	26111	8,3	26654	8,7
Болезни системы кровообращения	3851	1,2	4329	1,4	4205	1,4
Болезни органов дыхания	21824	6,7	25332	8,0	26299	8,6
из них: бронхиальная астма	18411	5,7	21452	6,8	22614	7,4

Таблица 1 (продолжение)

Классы, группы болезней и отдельные заболевания по МКБ-IX	1996		1997		1998	
	абс. числа	на 10000 соотв. насел.	абс. числа	на 10000 соотв. насел.	абс. числа	на 10000 соотв. насел.
Болезни органов пищеварения	7404	2,3	8803	2,8	9391	3,1
их них: болезни пищевода, желудка и 12-ти перстной кишки	2017	0,6	2335	0,7	2414	0,8
болезни печени, желчного пузыря и поджелудочной железы	3437	1,1	3943	1,2	4036	1,3
Болезни мочеполовой системы	15288	4,7	18146	5,7	19308	6,3
из них: нефрит, нефротический синдром, нефроз	7910	2,4	9169	2,9	9229	3,0
Болезни кожи и подкожной клетчатки	5450	1,7	6872	2,2	7401	2,4
из них: атопический дерматит и родственные состояния	3521	1,1	4419	1,4	4730	1,6
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	21492	6,6	25558	8,1	28097	9,2
из них: диффузные болезни соединительной ткани	1664	0,5	1796	0,6	1983	0,6
ревматоидный артрит и другие воспалительные полиартропатии	3139	1,0	3539	1,1	3697	1,2

Таблица 1 (продолжение)

Классы, группы болезней и отдельные заболевания по МКБ-IX	1996		1997		1998	
	абс. числа	на 10000 соотв. насел.	абс. числа	на 10000 соотв. насел.	абс. числа	на 10000 соотв. насел.
ревматизм, за исключением ревматизма позвоночника	468	0,1	723	0,2	807	0,3
остеопатии, хондропатии и приобретенные костномышечные деформации	11927	3,7	14971	4,7	17295	5,7
Врожденные аномалии	77988	24,0	90315	28,6	99163	32,4
из них: аномалии центральной нервной системы и органов чувств	16373	5,0	18030	5,7	19995	6,5
аномалии сердца и системы кровообращения	20963	6,5	23697	7,5	25779	8,4
хромосомные аномалии	7397	2,3	8134	2,6	8790	2,9
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	8896	2,7	7715	2,4	5775	1,9
Травмы и отравления	11910	3,7	13473	4,3	15861	5,2

Таблица 2.

Распределение детей-инвалидов в возрасте 0-15 лет по заболеваниям, обусловившим возникновение инвалидности в Российской Федерации за 1999-2002 гг.

Классы, группы болезней и отдельные заболевания по МКБ-Х	1999		2000		2001		2002	
	абс. числа	на 10000 соотв. насел.	абс. числа	на 10000 соотв. насел.	абс. числа	на 10000 соотв. насел.	абс. числа	на 10000 соотв. насел.
Всего заболеваний	547508	186,0	554867	196,5	528797	195,0	509878	191,9
в том числе: некоторые инфекционные и паразитарные болезни	4785	1,6	4565	1,6	4377	1,6	3859	1,5
из них: туберкулез	927	0,3	896	0,3	921	0,3	973	0,4
вирусные инфекции центральной нервной системы	1315	0,4	1047	0,4	1107	0,4	857	0,3
последствия инфекционных и паразитарных болезней	1666	0,6	1632	0,6	1447	0,5	1215	0,5
Новообразования	14944	5,1	15042	5,3	14482	5,3	14051	5,3
из них: злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей	6574	2,2	6639	2,4	6555	2,4	6159	2,3
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	6545	2,2	6351	2,2	6174	2,3	5661	2,1

Таблица 2 (продолжение)

Классы, группы болезней и отдельные заболевания по МКБ-10	1999		2000		2001		2002	
	абс. числа	на 10000 соотв. насел.	абс. числа	на 10000 соотв. насел.	абс. числа	на 10000 соотв. насел.	абс. числа	на 10000 соотв. насел.
из них: нарушения свертываемости крови, пурпуры и другие геморрагические состояния	3825	1,3	3779	1,3	3756	1,4	3267	1,2
Болезни эндокринной системы, рас-ва питания, нарушения обмена веществ	24155	8,2	25014	8,9	24962	9,2	25032	9,4
из них: болезни щитовидной железы	3627	1,2	3812	1,3	3641	1,3	3502	1,3
сахарный диабет	12907	4,4	13797	4,9	14071	5,2	14402	5,4
Психические расстройства и расстройства поведения	101932	34,6	104394	36,9	100795	37,2	101452	38,2
из них: психозы	7615	2,6	7753	2,7	7954	2,9	7811	2,9
органические, включая симптоматические психические расстройства	11204	3,8	11067	3,9	10184	3,8	9941	3,7
умственная отсталость	72412	24,6	72965	25,8	71643	26,4	72981	27,5
расстройства психологического (психического) развития, эмоциональные рас-ва и рас-ва поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте	7846	2,7	7708	2,7	7976	2,9	9941	3,7

Таблица 2 (продолжение)

Классы, группы болезней и отдельные заболевания по МКБ-10	1999		2000		2001		2002	
	абс. числа	на 10000 соотв. насел	абс. числа	на 10000 соотв. насел	абс. числа	на 10000 соотв. насел	абс. числа	на 10000 соотв. насел.
Болезни нервной системы	117375	39,9	118333	41,9	113120	41,7	108922	41,0
из них: воспалительные болезни ц.н.с.	4420	1,5	4623	1,6	4256	1,6	4203	1,6
системные атрофии, поражающие преимущественно ц.н.с.	4105	1,4	3764	1,3	3308	1,2	2798	1,1
эпизодические и пароксизмальные расстройства	16943	5,8	18169	6,4	17883	6,6	17693	6,7
церебральный паралич и другие паралитические синдромы	66921	22,7	67592	23,9	64459	23,8	62578	23,6
другие нарушения нервной системы	17067	5,8	16336	5,8	16339	6,0	15169	5,7
Болезни глаза и его придаточного аппарата	35647	12,1	36471	12,9	34795	12,8	33244	12,5
Болезни уха и сосцевидного отростка	26311	8,9	26656	9,4	24689	9,1	23936	9,0
Болезни системы кровообращения	4278	1,5	4881	1,7	4847	1,8	4838	1,8
Болезни органов дыхания	25778	8,8	25426	9,0	23820	8,8	21749	8,2
из них: астма, астматический статус	25527	7,7	22201	7,9	20928	7,7	19150	7,2
Болезни органов	9003	3,1	8789	3,1	8008	3,0	7497	2,8

пищеварения								
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Таблица 2 (продолжение)

Классы, группы болезней и отдельные заболевания по МКБ-10	1999		2000		2001		2002	
	абс. числа	на 10000 соотв. насел.	абс. числа	на 10000 соотв. насел.	абс. числа	на 10000 соотв. насел.	абс. числа	на 10000 соотв. насел.
их них: болезни пищевода, желудка и 12-ти перстной кишки	2199	0,7	2109	0,7	1793	0,7	1651	0,6
болезни печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы	3541	1,2	3233	1,1	3022	1,1	2632	0,99
Болезни кожи и подкожной клетчатки	7578	2,6	7396	2,6	6621	2,4	5964	2,2
из них: атопический дерматит	4830	1,6	4695	1,7	4345	1,6	3840	1,4
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	27133	9,2	27010	9,6	25071	9,2	22962	8,6
из них: реактивные артропатии	821	0,3	821	0,3	683	0,3	536	0,2
юношеский (ювенильный) артрит	2766	0,9	2773	0,98	2719	1,0	2600	0,98
системные поражения соединительной ткани	2053	0,7	2106	0,7	1919	0,7	1597	0,6
остеопатии и хондропатии	12772	4,3	12087	4,3	11172	4,1	9633	3,6
Болезни мочеполовой системы	18931	6,4	18408	6,5	16728	6,2	15150	5,7
из них: гломерулярные, тубулоинтерстициальные болезни почек, почечная недостаточность, другие болезни почек	14991	5,1	14297	5,1	13193	4,9	11802	4,4
	4114	1,4	3470	1,2	3198	1,2	2467	0,9

Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Таблица 2 (продолжение)

Классы, группы болезней и отдельные заболевания по МКБ-10	1999		2000		2001		2002	
	абс. числа	на 10000 соотв. насел.	абс. числа	на 10000 соотв. насел.	абс. числа	на 10000 соотв. насел.	абс. числа	на 10000 соотв. насел.
Врожденные аномалии	101572	34,5	105092	37,2	101531	37,4	99216	37,3
из них: аномалии нервной системы	10809	3,7	10041	3,6	9391	3,5	9297	3,5
аномалии системы кровообращения	25924	8,8	26554	9,4	25989	9,6	26034	9,8
хромосомные нарушения (не классифицированные в других рубриках)	9620	3,3	10268	3,6	10290	3,8	10175	3,8
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	17427	5,9	17569	6,2	15579	5,7	13878	5,2

Таблица 3.

**Распределение детей-инвалидов в возрасте 0-15 лет по главному
нарушению состояния здоровья в Российской Федерации
за 1996-2002 гг.**

Виды нарушения в состоянии здоровья	Абсолютные числа						
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Всего	462275	514719	540732	597036	554867	528797	509878
из них нарушений: Умственные нарушения	97728	105564	106352	111904	106524	102814	101983
Другие психологические нарушения	25929	28671	31239	41724	34661	33447	32267
Языковые и речевые нарушения	12395	12286	12821	24674	13736	11856	10841
из них: языковые нарушения	3658	3256	3245	7304	3368	2658	2492
речевые нарушения	7658	7681	7862	13226	8508	7665	7029
Слуховые и вестибулярные нарушения	29424	29880	30173	30161	28767	26571	25432
из них: слуховые нарушения	27515	28160	28379	27999	27564	25386	24409
вестибулярные нарушения	1098	1055	927	1356	832	694	600
Зрительные нарушения	37602	43257	46292	50585	48217	45083	42609
из них: нарушения остроты зрения	24796	31697	36605	42215	40507	37108	36807
тотальная потеря зрения на оба глаза	4311	5074	5350	5796	6158	5771	5734
глубокая потеря зрения на один глаз	13271	14900	16298	16443	15652	13767	11823

Таблица 3 (продолжение)

Виды нарушения в состоянии здоровья	Абсолютные числа						
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Висцеральные и метаболические нарушения и расстройства питания	106555	126648	136210	143114	140552	133971	128986
из них: нарушения кардиореспира- торной функции	39988	48657	52544	53839	54601	52307	50474
нарушения пищеварительных функций и функции печени	9232	11247	12390	13878	12701	11843	11252
нарушения мочеполовой системы	18379	22901	24902	26347	24999	22897	21397
нарушения метаболической и ферментной функции	14071	15810	17679	19191	19730	20083	20006
нарушения крови и иммунной системы	9675	10709	11261	11405	11570	11003	10364
другие висцеральные нарушения	13001	14045	13900	15448	14373	12826	12374
Двигательные нарушения	110139	122219	128971	136853	132513	124901	117822
из них: двигательные нарушения головы и туловища	8014	8378	9041	12074	9573	9353	9074
ампутация верхних конечностей	2191	2119	2238	2175	2071	1989	1888
ампутация нижних конечностей	1258	1323	1380	1357	1283	1199	1111
отсутствие или нарушение произвольной подвижности четырех конечностей	19039	20661	21601	21298	21259	20098	19422

Таблица 3 (продолжение)

Виды нарушения в состоянии здоровья	Абсолютные числа						
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
отсутствие или нарушение подвижности нижних конечностей	31360	34742	35952	37158	36125	33949	32023
нарушение произвольной подвижности верхней и нижней конечности на одной стороне	23869	26613	27257	27603	26896	24162	22826
нарушение мышечной силы нижних конечностей	10296	11567	12099	13572	12172	11600	10844
Уродующие нарушения	23817	27645	29400	35218	32052	29955	28135
Общие и генерализованные нарушения	18686	18182	19274	22803	20701	20199	21803

Таблица 3 (продолжение)

Виды нарушения в состоянии здоровья	На 10 000 соответствующего населения						
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Всего	144,3	165,5	179,8	207,3	200,5	199,1	191,9
из них нарушений:							
Умственные нарушения	30,5	33,9	35,4	38,9	38,5	38,7	38,4
Другие психоло- гические нарушения	8,1	9,2	10,4	14,5	12,5	12,6	12,1
Языковые и речевые нарушения	3,9	4,0	4,3	8,6	5,0	4,5	4,1
из них:							
языковые нарушения	1,1	1,0	1,1	2,5	1,2	1,0	0,94
речевые нарушения	2,4	2,5	2,6	4,6	3,1	2,9	2,6
Слуховые и вестибулярные нарушения	9,2	9,6	10,0	10,5	10,4	10,0	9,6
из них:							
слуховые нарушения	8,6	9,0	9,1	9,7	10,0	9,6	9,2
вестибулярные нарушения	0,3	0,3	0,3	0,5	0,3	0,3	0,3

Таблица 3 (продолжение)

Виды нарушения в состоянии здоровья	На 10 000 соответствующего населения						
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Зрительные нарушения	11,7	13,9	15,4	17,6	17,4	17,0	16,0
из них:							
нарушения остроты зрения	7,7	10,2	12,2	14,7	14,6	14,0	13,9
тотальная потеря зрения на оба глаза	1,3	1,6	1,8	2,0	2,2	2,2	2,2
глубокая потеря зрения на один глаз	4,1	4,8	5,4	5,7	5,7	5,2	4,5
Висцеральные и метаболические нарушения и расстройства питания	33,3	40,7	45,3	49,7	50,8	50,4	48,6
из них:							
нарушения кардиореспираторной функции	12,5	15,6	17,5	18,7	19,7	19,7	19,0
нарушения пищеварительных функций и функции печени	2,9	3,6	4,1	4,8	4,6	4,5	4,2
нарушения мочеполовой системы	5,7	7,4	8,3	9,1	9,0	8,6	8,1
нарушения метаболической и ферментной функции	4,4	5,1	5,9	6,7	7,1	7,6	7,5
нарушения крови и иммунной системы	3,0	3,4	3,7	4,0	4,2	4,1	3,9
другие висцеральные нарушения	4,0	4,5	4,6	5,4	5,2	4,8	4,7
Двигательные нарушения	34,4	39,3	42,9	47,5	47,9	47,0	44,4
из них:							
двигательные нарушения головы и туловища	2,5	2,7	3,0	4,2	3,5	3,5	3,4
ампутация верхних конечностей	0,7	0,7	0,7	0,76	0,7	0,7	0,7
ампутация нижних конечностей	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4
отсутствие или нарушение произвольной подвижности четырех конечностей	5,9	6,6	7,2	7,4	7,7	7,6	7,3
отсутствие или нарушение подвижности нижних	9,8	11,2	11,9	12,9	13,1	12,8	12,1

конечностей							
-------------	--	--	--	--	--	--	--

Таблица 3 (продолжение)

Виды нарушения в состоянии здоровья	На 10 000 соответствующего населения						
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
нарушение произвольной подвижности верхней и нижней конечности на одной стороне	7,4	8,5	9,1	9,6	9,7	9,1	8,6
нарушение мышечной силы нижних конечностей	3,2	3,7	4,0	4,7	4,4	4,4	4,1

Таблица 4.

**Распределение детей-инвалидов в возрасте 0-15 лет по ведущему
ограничению жизнедеятельности в Российской Федерации
за 1996-2002 гг.**

Виды ограничений жизнедеятельности	Абсолютные числа						
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Всего	443018	514719	540732	596929	554867	528797	509878
в том числе с ограниченной способностью:							
Адекватно вести себя	159313	184949	194023	214168	204705	192588	189324
из них:							
Снижение способности осознания (неадекватная) интерпретация и реакция на внешние события	41547	47614	46934	47232	45772	41973	42866
Снижение способности ориентироваться во времени и пространстве (память)	16556	18020	17981	21613	18960	17132	16055
Снижение способности к приобретению знаний	71245	82035	89824	96747	95573	93388	91466
Общаться с окружающими	89033	100357	103185	113952	104410	96653	91667
из них:							
Снижение способности понимать и выражать мысли при помощи языка	19749	21152	20839	28179	22522	20109	18002
Снижение способности слушать	25643	26962	27605	27406	27122	25248	24353
Снижение способности видеть	33962	39909	43088	46459	46474	43255	41047
Передвигаться	119282	133565	145050	154778	147762	141925	135807
из них:							
Снижение способности ходить	53421	59121	62583	65647	63599	62260	58471
Снижение способности преодолевать препятствия	29980	36912	40138	42872	42015	40133	39837
Снижение способности	16931	17923	19006	18357	17141	16129	15589

перемещаться							
Действовать руками	18121	19800	20621	25867	21354	18835	16404

Таблица 4 (продолжение)

Виды ограничений жизнедеятельности	На 10 000 соответствующего населения						
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Владеть телом	17530	20253	23786	30458	26995	28916	30380
Ухаживать за собой	39739	44738	46957	57706	48984	45993	44579
из них: Снижение способности контролировать физиологические потребности	9051	10205	10435	12345	11427	10557	9639
Снижение способности соблюдать личную гигиену	11475	13973	12225	14809	11753	10775	11190
Снижение способности принимать пищу	7511	8559	9376	11575	10959	11141	10727
Всего	138,3	165,5	179,8	207,3	200,5	199,1	191,9
в том числе с ограниченной способностью: Адекватно вести себя	49,7	59,5	64,5	74,4	74,0	72,5	71,3
из них: Снижение способности осознания (неадекватная) интерпретация и реакция на внешние события	13,0	15,3	15,6	16,4	16,5	15,8	16,1
Снижение способности ориентироваться во времени и пространстве (память)	5,2	5,8	6,0	7,5	6,8	6,4	6,0
Снижение способности к приобретению знаний	22,2	26,4	29,9	33,6	34,5	35,2	34,4
Общаться с окружающими	27,8	32,3	34,3	39,6	37,7	36,4	34,5
из них: Снижение способности понимать и выражать мысли при помощи языка	6,2	6,8	6,9	9,8	8,1	7,6	6,8

Таблица 4 (продолжение)

Виды ограничений жизнедеятельности	На 10 000 соответствующего населения						
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Снижение способности слушать	8,0	8,7	9,2	9,5	9,8	9,5	9,2
Снижение способности видеть	10,6	12,8	14,3	16,1	16,8	16,3	15,5
Передвигаться	37,2	42,9	48,2	53,7	53,4	53,4	51,1
из них:							
Снижение способности ходить	16,7	19,0	20,8	22,8	23,0	23,4	22,0
Снижение способности преодолевать препятствия	9,4	11,9	13,3	14,9	15,2	15,1	15,0
Снижение способности перемещаться	5,3	5,8	6,4	6,4	6,2	6,1	5,9
Действовать руками	5,6	6,4	6,9	9,0	7,7	7,1	6,2
Владеть телом	5,5	6,5	7,9	10,6	9,8	10,9	11,4
Ухаживать за собой	12,4	14,4	15,6	20,0	17,7	17,3	16,8
из них:							
Снижение способности контролировать физиологические потребности	2,8	3,3	3,5	4,3	4,1	4,0	3,6
Снижение способности соблюдать личную гигиену	3,6	4,5	4,1	5,1	4,2	4,1	4,2
Снижение способности принимать пищу	2,3	2,7	3,1	4,0	4,0	4,2	4,0

ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ СОТРУДНИКОВ ЦЕНТРА

А. МЕДИЦИНСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

1. Заведующий медицинской и физической реабилитации

Организационная работа:

- 1) Составление годового плана работы отделения.
- 2) Проведение производственных совещаний отделения не реже 1 раза в квартал.
- 3) Контроль за расписанием, графиками работы сотрудников отделения.
- 4) Составление годового отчёта о работе медицинского отделения.

Методическая работа:

- 1) Руководство работой по накоплению, обработке и обобщению опыта работы Центра.
- 2) Организация изучения, анализа и внедрения в практику Центра полезных сведений из отечественной и зарубежной специальной литературы по ЛВЕ.
- 3) Организация постоянных мероприятий по повышению квалификации сотрудников медицинского отделения.
- 4) Организация занятий с инструкторами по ЛВЕ по ознакомлению с наиболее часто встречающимися в Центре заболеваниями, обучение их приёмам первой доврачебной помощи.
- 5) Составление, совместно с инструкторами и психологами, индивидуальных планов занятий ЛВЕ на каждого пациента.
- 6) Контроль за медицинским обеспечением занятий по ЛВЕ.
- 7) Участие в организации мероприятий по распространению знаний о методе иппотерапии
- 8) Контроль за наличием и расходом медикаментов и перевязочных средств.
- 9) Контроль за своевременностью медицинских обследований персонала Центра, непосредственно соприкасающихся с детьми.

2. Врач-реабилитолог Центра

1) Мероприятия, проводимые с вновь поступающими пациентами

а) выясняет диагноз, возраст, уровень психофизических возможностей будущих пациентов (в беседе с родителями, лично или по телефону), наличие противопоказаний к занятиям ЛВЕ, после чего принимает предварительное решение о целесообразности применения ЛВЕ. Пациент поступает со справкой от лечащего врача, подтверждающей отсутствие противопоказаний к применению ЛВЕ, и с амбулаторной картой, из которой выписывается анамнез, проведенное ранее лечение и др.;

б) проводит первичный осмотр ребенка, заполняет медицинскую карту по форме, утвержденной в Центре, вносит в нее необходимые сведения из амбулаторной карты пациента,

в) знакомит родителей со способами и особенностями метода ЛВЕ, с «Правилами безопасности», предупреждает о возможных непредсказуемых ситуациях, которые могут возникнуть в ходе занятий на лошадях даже при самом скрупулезном соблюдении «Правил», и предлагает им оставить расписку в том, что они, ознакомившись с «Правилами безопасности», обязуются соблюдать их, а также не предъявлять претензий в случае падения с лошади или травмирования их ребенка, если это произошло не по вине сотрудников центра и не вследствие нарушения ими «Правил безопасности», утвержденных в Центре;

г) совместно с инструктором, к которому направлен пациент и психологом, определяет цели и задачи его реабилитации и составляет индивидуальный план реабилитационных мероприятий;

д) по возможности организует видеосъемку вновь поступающих пациентов, по определённому плану, для последующего отслеживания воздействия ЛВЕ на организм пациента.

2) Работа с постоянным контингентом пациентов Центра

а) ведет медицинские карты на каждого занимающегося, внося в них: данные первичного, плановых и контрольных осмотров; сведения о заболеваниях или травмах, перенесенных пациентами в процессе лечения с отметками об исходе этого заболевания или травмы; сведения об используемых параллельно с иппотерапией других методах лечения или реабилитации; а также результатах обследования в летнем лагере, на основе которых делаются выводы о результатах воздействия ЛВЕ на пациентов;

б) отвечает за обеспечение занятий по ЛВЕ медперсоналом, средствами первой помощи;

в) отвечает за обеспечение Центра необходимыми медикаментами;

г) проводит плановые наблюдения за пациентами во время сеансов ЛВЕ;

д) поддерживает контакт с родителями пациентов, по возможности оказывая им (пациентам) помощь при наличии каких либо проблем с состоянием здоровья, помимо основного заболевания;

е) обсуждает с инструкторами результаты и эффективность воздействия ЛВЕ на организм пациентов, при необходимости внося свои коррективы;

ж) ведет журнал со следующими сведениями:

- общий список подопечных Центра, с диагнозами, датой поступления в Центр, адресами, номерами телефонов, с именами и местами работы родителей и др.,

з) контролирует ведение журнала посещаемости занятий, при пропуске пациентом одного или нескольких занятий, выясняет причину пропусков, при необходимости принимает меры;

и) составляет список, обратившихся в Центр больных, которым рекомендована ЛВЕ, устанавливает и соблюдает их поступление в Центр, контактирует с их родителями.

3) Работа с массажистами

Регулирует работу массажистов и отвечает за нее; направляет больных на массаж; назначает его курс, продолжительность, направленность; контролирует сдвиги, произошедшие в результате данной процедуры, путем обследования детей через определенные промежутки времени; вносит, при необходимости, соответствующие коррективы в работу массажистов.

4) Организационно-методическая работа

а) контролирует выполнение расписания работы и дежурств медперсонала и несет за него ответственность;

б) участвует в анализе имеющегося зарубежного и отечественного опыта использования ЛВЕ в практике реабилитации;

в) участвует в работе по накоплению и обобщению опыта Центра по реабилитации детей-инвалидов с помощью ЛВЕ и в мероприятиях по распространению и внедрению в медицинскую практику этого уникального и высокоэффективного при многих тяжелых недугах метода реабилитации;

г) участвует в проведении учебных занятий с сотрудниками Центра, по программе, разработанной зав. медицинским отделением;

д) участвует в работе по заполнению и ведению индивидуальных планов занятий на каждого пациента, по

составлению «банка упражнений» и «комплекса упражнений», рекомендуемых для решения однотипных задач по коррекции физических отклонений.

5) Санитарно-профилактическая работа

а) контролирует санитарное состояние медицинского отделения и несет ответственность за его соответствие требованиям СЭС для медицинских помещений, в том числе правилам хранения медикаментов;

б) регулирует и отвечает за своевременность медицинских обследований сотрудников ДЭЦ, непосредственно контактирующих с детьми, по программе, предназначенной для работников детских учреждений, занося результаты обследований и необходимые рекомендации в специальный журнал;

в) поддерживает постоянный контакт с районным инфекционистом, специалистами СЭС, учитывает их указания и рекомендации в своей работе;

г) осуществляет постоянный контроль санитарного состояния всех помещений Центра, занося свои рекомендации и замечания в санитарные журналы этих помещений, сотрудничает по вопросам санитарного состояния помещений конного подразделения с ветврачом Центра.

6) Научно-практическая работа и мероприятия по повышению квалификации

а) принимает участие в реализации научно-практических разработок с целью подтверждения эффективности метода ЛВЕ в составе комплекса методов реабилитации пациентов с ограниченными возможностями с различными тяжелыми недугами;

б) принимает участие в составлении методических пособий по применению ЛВЕ при ДЦП и других заболеваниях;

в) принимает участие в семинарах, конференциях, на курсах повышения квалификации по темам ЛВЕ, ЛФК и др.

3. Медицинская сестра Центра

1. Медицинская сестра руководствуется в своей работе распоряжениями зав.медицинским отделением и работает под непосредственным руководством врачей Центра.

1) Повседневные обязанности

1. Содержание в надлежащем порядке и хранение всей медицинской документации Центра, в том числе архивных документов.

2. Ведение порученных ей медицинских журналов (журнал

обращаемости пациентов, сотрудников, других больных или травмированных) и журнала посещаемости.

3. Обеспечение сохранности и соблюдение правил хранения медикаментов Центра, в том числе своевременный отбор просроченных и пришедших в негодность лекарств и их уничтожение с разрешения врачей Центра.

4. Постоянный контроль за наличием необходимого для оказания первой медицинской помощи ассортимента медикаментов и инвентаря в аптечке дежурного медперсонала.

5. Работа по заданию врача и совместно с ним во время обследования пациентов, их приема по жалобам и пр. (заполнение паспортной части в картах, антропометрические замеры и др.) по указанию врача.

6. Оказание медицинской помощи в отсутствие врачей или по их рекомендации заболевшим либо получившим травму пациентам, их родителям, сотрудникам Центра и пр., а также принятие решения (в отсутствие врача) о необходимости вызова «скорой помощи», и сопровождения пострадавшего в медицинское учреждение.

2) Обязанности медицинской сестры при дежурстве на занятиях по ЛВЕ

1. Медицинская сестра приходит с аптечкой на место проведения занятий ЛВЕ (манеж, плац) за 5-10 минут до их начала с тем, чтобы:

а) удостовериться в готовности манежа (плаца) к проведению занятий по иппотерапии и в отсутствии каких-либо нарушений «Правил безопасности»; при обнаружении нарушений медсестра принимает меры по их устранению, отменяя или задерживая в случае необходимости проведение занятий до устранения помехи;

б) убедиться в том, что ни пациенты, ни сотрудники не страдают острыми респираторными заболеваниями, а если таковые обнаруживаются, отстраняет их от занятий и отправляет домой; (если болен инструктор, пациента по возможности, поручают заботам коллеги);

в) помочь инструктору, если имеются сомнения в состоянии здоровья пациента, решить вопрос о целесообразности проведения с ним занятия по ЛВЕ.

2. Наблюдает за общей ситуацией на месте проведения занятий и, заметив отступление от правил безопасности, принимает соответствующие меры (предупреждает инструктора или родителей о необходимости принять меры предосторожности, останавливает занятия и т.п.), оказывая, если это нужно, посильную помощь инструктору в устранении опасных моментов.

3. Оказывает в случае надобности первую медицинскую помощь обратившимся к ней участникам занятий по ЛВЕ или прочим присутствующим на занятиях.

4. Регистрирует в журнале посещаемости детей, пришедших на занятия по ЛВЕ, а также все обращения по заболеваниям или травмам.

5. Беседует с пациентами и их родителями, сообщает им назначения или советы врачей.

6. Записывает, а потом докладывает врачам обо всех экстраординарных ситуациях, имевших место во время дежурства.

3) Санитарно- профилактическая работа

1. Под руководством и по указанию зав. медицинским отделением Центра медицинская сестра осуществляет санитарный контроль за помещениями Центра, регулярно проводя их осмотр, записывая его результаты в санитарный журнал и докладывая врачу.

2. Помогает врачу организовать своевременное прохождение сотрудниками Центра плановых медицинских обследований (пишет направления, регистрирует полученные справки и т.п.).

4) Мероприятия по повышению квалификации

1. Медицинская сестра Центра постоянно повышает свой профессиональный уровень, принимая участие в занятиях и семинарах, организуемых в Центром по медицинским, методическим и пр. вопросам, а также самостоятельно или под руководством врачей изучая медицинскую педиатрическую литературу по проблемам, которыми занимается Центр.

4. Массажист Центра

1) Массажист Центра работает под непосредственным руководством врачей Центра.

2) Непосредственные обязанности массажиста Центра

1. Массажист принимает на лечение детей только по направлению врача, который определяет задачи массажа для конкретного ребенка, а также, обследуя своих пациентов в ходе курса массажа, вносит, при необходимости, коррективы.

2. Перед началом каждого сеанса массажист обязан убедиться в отсутствии у его очередного пациента каких-либо отклонений в состоянии здоровья, препятствующих массажу; в случае сомнений по этому поводу массажист обращается к врачу.

3. Ведет предусмотренную в Центре документацию на своих пациентов (журнал посещаемости, массажную и процедурную карту больного), внося в нее свои наблюдения, фиксирует в специальном

дневнике свои наблюдения за динамикой состояния здоровья пациентов, получающих массаж.

4. Не реже одного раза в год проходит медицинское обследование по программе, предусмотренной для сотрудников детских учреждений, сдавая полученную справку врачу Центра.

5. Отвечает за состояние массажного кабинета и его соответствие санитарным нормам.

6. Согласовывает расписание своей работы с расписанием занятий пациентов по ЛВЕ, составляет и вывешивает расписание работы на каждую неделю с указанием времени, фамилий массажистов и пациентов.

7. Постоянно повышает свой профессиональный уровень, посещая соответствующие курсы, семинары, лекции в целях совершенствования профессиональных знаний и освоения новых современных методик массажа.

Б. ОТДЕЛЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ВЕРХОВОЙ ЕЗДЫ

1. Заведующий отделением лечебной верховой езды

1. Заведующий отделением лечебной верховой езды несет ответственность за:

а) своевременное и правильное составление расписания занятий по иппотерапии на месяц;

б) выполнение расписания, его корректировку в случае необходимости;

в) составление планов работы отделения на год, квартал, месяц.

2. В организационные функции Заведующего отделением ЛВЕ входит:

а) планирование, организация и проведение производственных совещаний отделения;

б) ведение протоколов совещаний.

3. Зав. отделением несет ответственность за организационную сторону учебно-методической работы отделения:

а) планирует мероприятия по проведению сбора методических материалов методические мероприятия, определяет круг вопросов и тем для проработки и изучения, их очередность, назначает докладчиков по той или иной теме или ответственных за проведение занятия;

б) контролирует исполнение инструкторами своих обязанностей по ведению дневника и составлению индивидуальных планов занятий на своих пациентов, их выполнение.

4. Участвует в составлении расписания занятий верховой ездой для инструкторов и контролирует их регулярность (2-3 раза в неделю).

5. В своей деятельности зав. иппотерапевтическим отделением пользуется следующими документами:

а) список сотрудников отделения с адресами и номерами телефонов;

б) тетрадь (журнал) протоколов производственных совещаний;

в) списки детей-пациентов, закрепленных за каждым инструктором, и один общий список детей с указанием их диагнозов, полных адресов с номерами телефонов, именами и фамилиями родителей;

г) годовой план работы иппотерапевтического отделения;

д) план методических занятий с указанием темы и докладчика.

2. Инструктор по лечебной верховой езде Центра

1) Повседневные обязанности

1. В своей повседневной деятельности инструктор руководствуется решениями администрации Центра, настоящими должностными обязанностями, непосредственно подчиняется Заведующему Иппотерапевтическим отделением Центра.

2. Во время занятий ЛВЕ инструктор несет полную ответственность за жизнь и здоровье пациентов, строго соблюдает правила безопасности и требует их соблюдения от конюха и родителей пациентов.

3. Инструктор:

а) при участии врача составляет на каждого своего пациента индивидуальный план занятий на определённый срок, в течение его и по окончании отслеживает и обсуждает результаты своей работы с врачом, вносит необходимые коррективы;

б) обеспечивает безопасность своих пациентов с помощью профессионально выполняемой страховки;

в) способствует достижению положительных сдвигов в физическом и психосоциальном статусе пациентов, применяя для каждого из них индивидуально подобранные упражнения, методические приемы и режим ЛВЕ;

г) ведёт дневник, принятый в Центре, в котором фиксирует проделанную на занятиях работу, а также, всё, что считает важным и информативным по каждому занятию. Работа с дневником и индивидуальными планами занятий ведется под контролем и с помощью врача, который помогает оценивать полученные результаты и, в случае необходимости, вносит коррективы в режим ЛВЕ.

2) Непосредственные обязанности инструктора Центра

1. Инструктор приходит на место занятий за 5 минут до начала занятия, чтобы убедиться:

а) в соответствии обстановки в манеже (на плацу) требованиям «Правил безопасности»;

б) в готовности к работе коновода и лошади.

2. После прибытия пациента инструктор обязан убедиться в том, что тот вполне готов по состоянию здоровья нести нагрузку по ЛВЕ, в случае каких-либо отклонений в его состоянии совместно с медработником решает вопрос о целесообразности проведения с пациентом урока ЛВЕ.

3. Во время занятий инструктор руководит действиями коновода, отдавая краткие и четкие команды.

4. Проводя занятия по заранее составленному плану, инструктор внимательно наблюдает за поведением и состоянием подопечного и, заметив признаки сильного утомления или другие негативные проявления, вносит изменения в намеченный план, снижая или вовсе прекращая нагрузку (посоветовавшись с медработником).

5. После занятия инструктор помогает пациенту «поблагодарить» (угостить) лошадь, следя при этом, чтобы угощение подавалось с открытой ладони. Обменивается с пациентом и его родителями впечатлениями и информацией.

6. Делает записи в дневнике.

7. В случае своей болезни или отсутствия по другой уважительной причине, инструктор временно передает своих пациентов коллеге, подробно проинструктировав его по поводу каждого из них и предварительно известив о замене родителей своих подопечных.

3) Мероприятия по повышению квалификации

а) посещает семинары, конференции, «круглые столы» и другие мероприятия, организуемые как на базе Центра, так родственными организаций;

б) участвует в проводимых в Центре занятиях по различным аспектам ЛВЕ, медицины, педагогики и смежных дисциплин;

в) совершенствует свои знания и умения в области верховой езды;

г) активно участвует в научно-практической работе по объективному отслеживанию результатов воздействия ЛВЕ, в работе по подготовке методических разработок и рекомендаций по применению ЛВЕ в реабилитационной практике, в составлении банка упражнений и др.;

д) по договоренности с администрацией принимает участие в обучении стажеров методам страховки и проведению занятий по ЛВЕ, проводит практические занятия по ЛВЕ во время обучающих семинаров, организуемых на базе Центра.

3. Коновод Центра

1) Повседневные обязанности

1. Коновод работает под непосредственным руководством инструктора, несет полную ответственность за обеспечение занятий по ЛВЕ здоровыми, трудоспособными, отработавшими необходимое время и отшагавшими после работы, спокойными лошадьми, согласно заранее составленному графику, строго соблюдает правила техники безопасности.

2. Следит за тем, чтобы лошадь, доставленная в манеж для работы, была тщательно вычищена, грива и хвост расчесаны, глаза и ноздри протёрты.

3. В случае, если готовность лошади к работе вызывает сомнения (состояние здоровья, поведение), доводит свои наблюдения до сведения начкона и вместе с ним решает вопрос о её замене равноценной другой лошадью, согласовав этот вопрос с инструктором.

4. Отвечает за соблюдение для каждой лошади графика работы, кормления и отдыха.

2) Обязанности коновода на занятиях по ЛВЕ

1. Коновод приходит на работу за час до занятий с детьми, используя это время для чистки, ухода и седловки лошади, ее тщательной подготовки к занятию.

2. Доставляет лошадь в манеж за 5 минут до начала занятий, чтобы она успела освоиться и чтоб успеть обеспечить её необходимыми приспособлениями для урока.

3. Во время занятия находится в полном распоряжении инструктора, внимательно прислушивается к его командам, четко выполняет их, не отвлекая инструктора посторонними разговорами. Коновод должен быть всегда готов предупредить любое непослушание лошади, и помочь инструктору справиться с возможными последствиями этого непослушания.

4. Заметив во время занятия какие-либо отклонения в состоянии здоровья или поведении лошади, коновод незамедлительно предупреждает инструктора, по его команде останавливает лошадь и с ним решает вопрос о возможности продолжения занятия на этой лошади.

5. Между занятиями во время смены всадников и «угощения» лошади, коновод следит за и отвечает за то, чтобы:

- лошадь не угостили чем-нибудь неподходящим;
- угощали лошадь с открытой ладони;
- пациенты и родители не подвергались опасности, находясь в непосредственной близости к ногам и зубам лошади или подходя к ней слишком близко, тем более сзади.

6. По окончании занятий коновод осторожно выводит лошадь из манежа, убедившись, что проход свободен, затем ведёт её на конюшню, ставит в денник, расчистив, если нужно, копыта.

7. Постоянно следит за внешним видом лошади и, заметив какие либо отклонения, в т.ч. отросший роговой слой на копытах, сообщает обо всём начкону, ветврачу или конюху.

8. Коновод Центра:

а) посещает занятия, проводимые в Центре по различным проблемам иппотерапии, занятия с ветврачом;

б) постоянно совершенствует свои умения в верховой езде и коноводстве;

в) поддерживает порядок в комнате отдыха на конюшне;

д) несёт полную материальную ответственность за полученный под расписку инвентарь и конское снаряжение.

В. КОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

1. Начальник конной части Центра

1) Повседневные обязанности

1. Начальник конной части (начкон) в повседневной работе руководствуется решениями руководства Центра, настоящими должностными обязанностями и непосредственно подчиняется руководителю Центра.

2. Составляет планы работы конного подразделения (годовой, квартальный), который утверждается администрацией Центра и отвечает за правильную организацию всей деятельности конного подразделения, согласно штатному расписанию.

3. Принимает участие в производственных совещаниях Центра по темам, связанным с проблемами конной части.

4. Руководит работой конного отделения с помощью следующих необходимых для работы документов:

- список сотрудников конной части с указанием их должности, года рождения, адреса, номера телефона;
- планы работы (на год, квартал);

- журналы: тренинга; ветврача; для конюхов (для передачи поручений ветврача, начкона и др. ночному и дневному конюхам и т.д.); а также контролирует ведение дневников берейторами Центра.

2) Организация работы по содержанию и уходу за лошадьми

1. Начкон отвечает за организацию обучения персонала конной части «Правилам техники безопасности», санитарным правилам содержания лошадей, ухода за ними.

2. Постоянно контролирует и отвечает за четкое и неукоснительное выполнение «Правил техники безопасности» сотрудниками конного подразделения как при работе на конюшне, так и в процессе тренинговой работы, на занятиях с детьми и т.д., принимая необходимые меры при их нарушении.

3. Контролирует ветеринарное обеспечение конского состава Центра.

4. Контролирует санитарное состояние помещений конюшни, занимаемых Центром (денники, подсобные помещения, комната отдыха), качество чистки лошадей, уборки денников, состояние и содержание конского снаряжения и необходимого в работе с лошадьми инвентаря.

5. Отвечает за бесперебойное обеспечение конского состава Центра фуражом, опилками, а также за своевременное приобретение и раздачу лошадям необходимых для полноценного рациона витаминных добавок (морковь и др.).

6. Организует и контролирует работу дежурных конюхов и берейторов.

7. Контролирует ведение журналов ветврача и дежурного конюха, просматривает записи с назначениями и поручениями ветврача, начкона и отметки о выполнении этих поручений дежурными конюхами.

3) Организация мероприятий по эксплуатации лошадей

1. Основная нагрузка конского состава – работа по иппо и экитерапии.

В связи с этим начкон:

а) составляет еженедельный график эксплуатации каждой лошади в соответствии с представленным инструкторами расписанием занятий с детьми и потребностью в отдельных лошадях; при этом предусматривается время для кормления, полноценного отдыха и работы лошади (не более трех часов подряд и не более пяти часов всего за день, с перерывом на обед);

б) контролирует готовность каждой лошади к занятиям с детьми (поведение, состояние здоровья, качество чистки и др.).

2. Берейтор реабилитационного Центра

1. Работает под непосредственным руководством начкона, выполняет все его распоряжения, строго соблюдает расписание тренинга лошадей и график их эксплуатации, выполняет другие обязанности, согласно должностной инструкции.

2. Неукоснительно соблюдает «Правила техники безопасности» и санитарные правила, предусмотренные в Центре.

3. Приходит на работу за час до начала тренинговой работы. Осматривает лошадь и, убедившись в том, что она здорова и готова нести нагрузку, чистит ее, седлает и выезжает на работу.

4. Проводит тренинговую работу по плану, самостоятельно или под руководством начкона, или тренера, выполняя все его указания относительно техники верховой езды.

5. По окончании тренинга, если лошадь по расписанию сразу должна работать под детьми, берейтор должен «отшагать» ее не менее 10 минут, пока она не успокоится, затем отвести ее на место занятий или передать коноводу. Если же лошадь работает позднее, берейтор отводит ее на конюшню, расседлывает и, растерев спину и расчистив копыта, оставляет в деннике.

6. Записывает в дневнике особенности проведенного тренинга, поведения лошади и т.д.

7. Заметив что-либо необычное во внешнем виде или поведении лошади, немедленно сообщает об этом ветврачу, начкону или конюху для передачи ветврачу

8. Постоянно совершенствуется в искусстве верховой езды и конного спорта, осваивая все более сложные для себя и для лошади элементы.

9. Помогает методистам при проведении занятий на конюшне.

ПРАВИЛА ТЕХНИКИ БЕЗОПАСНОСТИ

Центр реабилитации инвалидов с детства в своей повседневной реабилитационной деятельности опирается на метод иппотерапии, используя при этом целый комплекс других средств и методов реабилитации, в том числе массаж (до или после занятий по ЛВЕ).

Пациентам, совместно с родителями, а также сотрудникам Центра, обеспечивающим проведение занятий по ЛВЕ, приходится достаточно часто и тесно взаимодействовать с лошадьми. Лошади, даже самые добронравные и спокойные, очень пугливы. Их реакция на любую неожиданную ситуацию, внезапный громкий крик, резкое движение, может быть непредсказуемой и чреватой самыми неблагоприятными последствиями.

- Пациенты отличаются пониженной сопротивляемостью к возбудителям острых и хронических инфекционных заболеваний, а во время занятий и массажа они довольно тесно контактируют со взрослыми людьми (массажистами, инструкторами и др.).

- Для обеспечения безопасности для пациентов, их родителей, сотрудников Центра и конского состава, осуществляющих процесс реабилитационной деятельности разработаны настоящие **«Правила техники безопасности»**

- Все сотрудники Центра обязаны внимательно ознакомиться с «Правилами», изучить их и неукоснительно соблюдать их в своей работе, принимая участие в ежегодных семинарах по проработке «Правил» и сдаче техминимума.

- Каждый вновь поступающий в Центр сотрудник обязан изучить «Правила» и сдать техминимум руководителю того отделения Центра, в которое он поступает на работу.

I. Требования к персоналу Центра, постоянно контактирующему с детьми-пациентами Центра

1. Сотрудники Центра должны находиться под постоянным диспансерным наблюдением в поликлинике по месту жительства и ежегодно проходить медицинское обследование, согласно требованиям к персоналу, работающему в детских учреждениях, сдавая справку о допуске к работе с детьми в администрацию Центра.

2. На работу в Центр принимаются только лица, имеющие справку установленного образца о допуске к работе в детских учреждениях.

3. К работе не допускаются сотрудники, заболевшие острыми инфекционными или вирусными заболеваниями верхних дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, контагиозными кожными заболеваниями и другими опасными для детей болезнями.

Приступить к работе они могут только после полного выздоровления, которое должно быть подтверждено справкой от врача.

Сотрудники Центра получают с профилактической целью антигельминтные препараты, а в случае эпидемий – профилактические прививки (противогриппозные, противодифтерийные).

II. Требования к конскому составу, используемому в занятиях ЛВЕ с детьми

1. Для лечебной верховой езды используются добронравные, правильно выезженные лошади, не агрессивные, не щекотливые, без дурных привычек, как правило, некованные (кроме особых случаев, когда приходится работать на жёстком грунте или переезжать из конюшни к месту занятий по асфальту). Кстати, любые занятия верховой ездой на асфальтовом покрытии крайне вредны (и лошади и всаднику) и категорически воспрещаются.

2. В работе с детьми-инвалидами могут быть задействованы только лошади, проверенные, хорошо знакомые, как работникам конюшни, так и коноводам, инструкторам и находящиеся под постоянным контролем Центра.

3. Вновь приобретенная для Центра лошадь допускается к использованию в занятиях с детьми-инвалидами не ранее, чем после проведения 2-3-недельной целенаправленной работы с целью выявления особенностей ее темперамента и поведения, а также, с целью подготовки лошади к той нагрузке и тем особенностям, с которыми ей придётся встретиться в центре

Вопрос о пригодности лошади к использованию в целях ЛВЕ и допуска к занятиям с детьми-инвалидами решается совместно тренером, инструкторами и коноводами.

4. Лошади, заболевшие контагиозными, опасными для людей заболеваниями, не допускаются к занятиям по ЛВЕ до полного их выздоровления, подтвержденного ветеринарным врачом.

5. Конский состав Центра, используемый при занятиях ЛВЕ с пациентами, находится под постоянным санитарно-ветеринарным контролем, подвергается всем необходимым предохранительным прививкам, предусмотренным ветеринарными установками, и прочим мероприятиям.

III. Требования к помещениям, в которых содержатся или работают лошади, к инвентарю и конскому снаряжению

1. Все помещения, в которых содержатся или работают лошади, должны отвечать следующим требованиям:

а) все стены, перегородки, двери, ворота, должны соответствовать установленным стандартам по размерам и прочности;

б) В денниках, проходах, дверях, воротах и других местах, где передвигаются лошади, не должно быть острых, выступающих углов, торчащих бревен, гвоздей и других предметов, которые могут стать причиной травмы;

в) полы не должны быть скользкими, пороги в дверях денников, в воротах конюшни и манежа, не должны превышать 10 см;

г) все двери и ворота должны раскрываться легко и свободно в полную ширину;

д) освещение помещений (конюшни, манежа) в любое время суток должно быть хорошим;

е) проходы должны быть свободны от инвентаря, оборудования и прочих предметов, мешающих передвижению людей и лошадей.

2. Требования к конскому снаряжению:

а) подпруги, путлища, ремни, и т. д. должны быть изготовлены из материалов, отвечающих ГОСТу, и проверены на прочность;

б) вальтрап и потник должны быть чистыми, гладкими, без складок и рубцов;

в) лошадь седлается только подходящим ей (в зависимости от особенностей строения холки, поясницы и её габаритов) седлом, состояние и пригодность которого к употреблению внимательно контролируются.

IV. Общие правила безопасности при обращении с лошадью

1. Обращение с лошадью должно быть спокойным, ласковым, без грубых окриков, резких движений, следует, по возможности, находиться в поле зрения животного.

2. Подходя к лошади или заходя в денник, вначале надо окликнуть лошадь, огладить ее. Опасно подходить к лошади или обходить ее сзади.

3. Чистить лошадь лучше привязанной (в деннике), а если в проходе, то на растяжке. Чистка проводится от головы к хвосту. Приемы чистки не должны быть грубыми или болезненными для лошади.

4. При расчистке копыт, бинтовании и других манипуляциях с ногами лошади, человек должен находиться сбоку, вполоборота к той ноге, которой занимается.

5. Все действия по взнуздыванию (надевание уздечки) и седловке лошади осуществляются из положения слева от лошади, стоя у ее левого плеча (самое безопасное место). Вначале надевают уздечку, накинув предварительно повод на шею лошади, затем седлают, при этом вальтрап, потник и седло кладут на холку немного выше положенного места и затем всё сдвигают на место. Вальтрап и потник должны выступать из-под края седла спереди на 3-5 см. При подтягивании подпруг необходимо внимательно следить за поведением лошади. Лошади не любят этой процедуры и пытаются надуться (раздуть живот, если этого не заметить, подпруги окажутся плохо подтянутыми и седло может свалиться или перевернуться), иногда пытаются укусить, угрожающе прижимают уши; в таких случаях их следует успокоить.

Во избежание травм и потертостей необходимо проследить, чтобы после подтягивания подпруг под них с трудом проходили два пальца.

Поседлав лошадь, нельзя давать ей опускать голову.

6. Выводя лошадь из денника или заводя ее в денник, двери следует открывать во всю ширину (то же и при входе и выходе из манежа).

7. Выводить лошадь из конюшни, вести ее в проходе, по улице можно только в поводу идя слева и, желательно, находясь в поле ее зрения, при этом правой рукой держа лошадь «под уздцы», а левой – свободный конец повода.

Распускать повод или наматывать его на руку строго запрещено, это очень опасно.

8. Выводя лошадь из конюшни, следует избегать скопления лошадей в проходах, а также встречной проводки, поэтому перед тем, как вывести лошадь, целесообразно выяснить обстановку в проходах, а выводя ее, соблюдать дистанцию между лошадьми не менее 5 м (между головой вашей лошади и хвостом идущей впереди вас).

9. Строго запрещается:

а) садиться на лошадь в конюшне и въезжать в конюшню верхом;

б) ездить верхом, имея в кармане острые, режущие предметы, а также со жвачкой во рту;

в) ездить верхом в неподходящей обуви (подбитые подметки, слишком высокий каблук), нога должна свободно входить в стремя и выходить из него, но не проскальзывать. Во время езды нога в стремени должна опираться на среднюю часть стопы;

г) вести оседланную лошадь с опущенными, свободно болтающимися стремянами, их следует перекинуть через седло и опустить только перед тем, как сесть на лошадь.

10. Сразу после работы нельзя поить лошадь и давать ей «тяжелый» корм (овес); после еды лошадь не должна работать в течение часа.

11. «Угощать» лошадь можно только после работы.

12. Спешиваясь, следует сбросить сразу оба стремени.

13. Перед тем как расседлать лошадь, заведенную в денник, необходимо повернуть ее головой к дверям, сначала снять седло, затем уздечку.

14. Расседланную лошадь растирают жгутом из сена (не щеткой), который затем выбрасывают из денника, замывают ей ноги, если она работала в плохую погоду, при необходимости осторожно расчищают копыта, (стрелки) крючком (раскрючковывают)

15. В холодную погоду, выводя лошадь на улицу, ее покрывают теплой попоной.

16. Запрещено:

а) курить во всех помещениях конюшни и в местах занятий;

б) наказывать лошадь за непослушание во время занятий с детьми.

V. Правила безопасности при проведении занятий по иппотерапии и экитерапии для всех участников занятий

1. В местах занятий лица, не имеющие непосредственного отношения к проходящему в данный момент занятию (ожидающие или закончившие свой сеанс, переодевающиеся дети, их родители, зрители и др.), должны находиться на безопасном расстоянии от лошадей, от их рабочего маршрута, в специально отведенном для этого месте.

2. К работе по реабилитации пациентов с использованием лечебной верховой езды допускаются только лица, прошедшие

обучение по методике страховки пациентов во время занятий по ЛВЕ и имеющие соответствующие свидетельства.

3. Для занятий по ЛВЕ можно использовать: летом площадку на открытом воздухе (плац), Для занятий зимой лучше всего иметь зимний крытый манеж стандартных размеров, при его отсутствии, занятия можно проводить в любом приспособленном помещении, если оно соответствует требованиям правил техники безопасности. Где бы ни проводились занятия, везде должны быть соблюдены условия, установленные Правилами безопасности: занятия проводятся только в присутствии медперсонала, обеспеченного комплектом медикаментов, необходимых для оказания первой медицинской помощи.

4. Коновод, приводящий лошадь в манеж (на плац), уводящий ее после занятий и водящий во время занятий, должен быть предельно собран, внимательно следить за поведением лошади, за общей ситуацией и предупреждать возможные опасные случайности. Во время занятий коновод во всём подчиняется инструктору и беспрекословно выполняет его распоряжения, сообщает инструктору о замеченных им нарушениях.

5. Инструктор перед сеансом ЛВЕ обязан:

а) убедиться в готовности лошади и коновода к началу работы, в наличии необходимого снаряжения для данного занятия;

б) выяснить, нет ли у его пациента каких-либо отклонений в состоянии здоровья или в настроении, несовместимых с занятием ЛВЕ. В каждом подобном случае решение о целесообразности занятий принимается совместно с медработником;

в) проверить соответствие одежды пациента требованиям его безопасности, а также наличие правильно надетого и застегнутого страховочного шлема.

6. Если пациент «тяжелый» (в прямом и переносном смысле), инструктору, во избежание опасной ситуации рекомендуется воспользоваться, помощью коллеги или одного из родителей, предварительно проинструктировав их.

7. Посадка пациента на лошадь и спешивание его в конце занятий – самые ответственные и опасные моменты, поэтому перед тем, как посадить ребенка на лошадь, полезно еще раз убедиться в безопасности ситуации, спокойствии лошади и готовности коновода.

Во время посадки пациента:

– коновод становится перед лошадью лицом к ней, держа повод в растяжку и слегка поигрывая трензелем;

– инструктор становится вполборота у левого плеча лошади, держа пациента поближе к себе, и, применяя наиболее подходящий

способ посадки, уверенными движениями и осторожно осуществляет её.

8. В процессе занятий инструктор внимательно наблюдает за состоянием пациента и, заметив какие-либо тревожные симптомы (признаки утомления или плохого самочувствия), обязан прекратить занятия и посоветоваться с медработником по поводу дальнейших действий.

9. При возникновении в ходе занятий непредвиденных, чреватых опасностью для любого из участников сеанса обстоятельств инструктор немедленно прекращает занятия, поступая далее по обстоятельствам.

10. При возникновении опасной ситуации во время занятий (падение одного из всадников, неповиновение одной или нескольких лошадей и т. д.) тренер подает команду «Стой!». Помощник (коновод) становится перед лошастью с поводом врастяжку и старается успокоить ее. Дальнейшие действия зависят от обстоятельств, решение принимает тренер.

11. По окончании занятий, во время «угощения» лошади, коновод следит за тем, чтобы, во-первых, «угощение» было подходящим, а во-вторых, чтобы лошадь стояла спокойно, а дети и родители не находились в опасной близости к ее ногам и зубам; инструктор помогает ребенку правильно и без риска «угостить» лошадь, показав ему как это сделать правильно и без риска (угощение должно лежать на раскрытой ладонке, чтобы лошадь не прихватила пальцы зубами).

VI. Правила безопасности для родителей

1. До и после занятий по ЛВЕ родители с детьми находятся в специально отведенном для этого месте, в манеж входят только по приглашению инструктора.

2. Заведя ребенка в манеж, родители не отпускают его от себя, пока за ним не придет инструктор.

3. Родителям и детям, находящимся в манеже, не разрешается самовольно подходить к лошадям, особенно сзади.

4. Если ребенок не послушается и все же подбежит к лошадям, работающим в манеже, необходимо сразу предупредить инструкторов и коноводов, чтобы они смогли остановить лошадей, и, спокойно, без крика и угроз, забрать и отвести ребенка в безопасное место.

5. Родитель может находиться в манеже во время занятий с его ребенком только с разрешения инструктора (или по его рекомендации), при этом необходимо строго выполнять указания

инструктора, не вмешиваться в процесс тренировки, тем более, не делать пациенту никаких замечаний, даже хвалебных.

6. «Угощать» лошадь после работы можно только в присутствии и с помощью инструктора или коновода.

VII. Правила безопасности в аварийных ситуациях

1. Во всех помещениях Центра и на конюшне должны висеть плакаты с описанием мер противопожарной безопасности и схемой эвакуации в случае пожара, а также необходимый противопожарный инвентарь.

2. В случае возникновения пожара необходимо срочно эвакуировать из помещения детей, персонал, лошадей, вызвать пожарную команду по телефону «01» и попытаться самостоятельно бороться с огнем до приезда пожарной команды.

3. В случае если во время занятий по ЛВЕ пациент, сотрудник Центра или кто-то из присутствующих получит серьезную травму, необходимо немедленно прекратить занятия, остановить лошадей.

Медработник Центра оказывает первую помощь на месте, решает вопрос о вызове «скорой помощи», эвакуирует, если позволяет его состояние, пострадавшего из манежа до приезда «скорой помощи».

Медработник Центра составляет акт о травме по принятому образцу с подписями трех свидетелей.

Извлечения из методических разработок Центра

**МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЗАНЯТИЙ ПО
ИППОТЕРАПИИ**

Для занятий по лечебной верховой езде необходимо наличие:

- 1) лошади;
- 2) места для занятий;
- 3) обычного и специального конского снаряжения и оборудования для занятий ЛВЕ;
- 4) экипировки для занимающихся ЛВЕ.

1. Отбор лошадей

Для работы по ЛВЕ пригодны лошади любой породы, если они спокойные, добронравные и обладают уравновешенной нервной системой. Однако предпочтение следует отдавать не высококровным, породистым лошадям, которые, как правило, отличаются качествами, не подходящими для ЛВЕ (нежная конституция, горячий темперамент, капризы) а простым и беспородным. Если же надо выбирать из породистых лошадей, то желательно, чтоб в прошлом она не участвовала в скачках или бегах, или не заниматься на ней на скаковом кругу или вблизи от него, т.к. обладая хорошей памятью, лошадь при виде скакового круга возбуждается и с ней трудно сладить.

Что касается габаритов лошадей для ЛВЕ, то они не должны быть слишком высокими, чтобы методисту было не тяжело страховать пациента высоко поднимая руки. Не подходят для занятий ЛВЕ лошади с высокой костистой холкой, так как на такой лошади неудобно и больно будет сидеть пациенту без седла, а этот способ широко применяется в ЛВЕ, также не подходят лошади со слишком широкими боками и животом, т.к. пациенту придётся слишком широко раздвигать ноги. Очень подходят для ЛВЕ невысокие плотные лошадки с мягкой мускулистой спиной и округлыми (но не слишком) боками. Указанными качествами отличаются эстонские клеперы, полутяжеловозы, лошадки местных пород (алтайские, башкирские, монгольские и вообще беспородные). Они, как правило, очень неприхотливы, выносливые, добродушные, и спокойные.

По возрасту, для занятий ЛВЕ самые подходящие лошади между 5-6 и 13-14 годами. К 5-6 годам лошадь уже сложилась и физически и эмоционально, поэтому можно не опасаться неожиданного проявления каких-либо нежелательных качеств. А после 13-14 лет все перенесенные ею травмы и заболевания могут вылиться в недостатки, препятствующие извлечению максимальной пользы из занятий (походка становится жесткой, движения теряют плавность, эластичность, и другие необходимые для процесса реабилитации пациентов качества).

Выбирая лошадь, необходимо достоверно убедиться в том, что она не щекотлива, т.е. спокойно реагирует на прикосновения к ушам, хвосту, пояснице, паху, что не препятствует сидящему на ней всаднику поворачиваться во все стороны, ложиться ей на круп, садиться задом наперед и т.д. Надо убедиться, что она, так же, не пугается коляски с пациентом, подъезжающей к ней, костылей, не пугается беспорядочных движений руками перед её глазами, какие могут быть у пациента с гиперкинезами.

Кроме того, убедившись в том, что лошадь подходит для использования в иппотерапии, необходимо в течение месяца или 3-х недель, проводя с ней специальный тренинг, приучать её спокойно реагировать на всевозможные неожиданные, неприятные и непривычные для неё моменты, которые могут иметь место во время работы

2. Места для занятий

Заниматься иппотерапией можно:

а) летом – на открытом воздухе, на площадке – плацу, размеры которого не должны быть менее одного, лучше 2-х или 3-х стандартных манежей (60 м x 20 м), плац надо огородить – невысоким заборчиком, штакетником или живой изгородью. В этой изгороди должно быть не менее 2-х, лучше трое ворот стандартной ширины, чтобы лошадей, одновременно занимающихся на площадке, можно было выводить и заводить, не мешая другим занимающимся. Неплохо, когда площадка находится на некотором возвышении, чтоб дождевая влага не скапливалась, а стекала с неё. Грунт на плацу должен быть ровным, мягким, песчаным или травянистым (трава должна быть невысокой или подстриженной), хорошо впитывающим влагу; Очень хорошо, если есть возможность заниматься в на просеке в не слишком густом лесу или на аллеях парка, где мягкие дорожки, без выступающих корней деревьев, или низко опущенных веток;

б) для занятий в зимнее время года необходим крытый манеж стандартных (60 x 40 м) размеров, в таком манеже можно заниматься не только лечебной верховой ездой, но и конным спортом для инвалидов, по любой из двух конноспортивных программ. Как правило, в таких манежах соблюдены все необходимые для занятий верховой ездой, условия, поэтому, если есть возможность использовать такой манеж для нужд реабилитационного центра, это самый лучший из возможных вариантов.

Если нет манежа, можно подобрать любое крытое помещение (большой крытый сарай, гараж, бывший склад, ангар и другое), при этом надо помнить, что минимальные его размеры не должны быть меньше, чем 12-13 м. в диаметре, а высота потолков не менее 3-х – 3,5 метров. Грунт должен быть плотно утрамбованным, но не жёстким, хорошо впитывающим влагу, (лучше всего песок смешанный с опилками или специальная синтетическая крошка), его необходимо регулярно поливать во избежание пыли, но не перед самым занятием, чтобы не образовывались лужи, в которых можно поскользнуться. Стены должны быть гладкими без грубых и острых выступов. Внутри манежа не должно быть столбов, перегородок и других препятствий и опасных помех для работы по ЛВЕ.

3. Специальное снаряжение и оборудование для занятий ЛВЕ

В качестве снаряжения для занятий по ЛВЕ используется и обычное конское снаряжение (обычные строевые, спортивные и вольтижировочные сёдла) и специальное конское снаряжение созданное для людей с особенными потребностями. Специальное конское снаряжение различается по своему назначению, одни служат как приспособления, страхующие пациента – всадника с серьёзными физическими недостатками сидящего на лошади (это специальные сёдла разных типов, в зависимости от с назначения и задачи, специальные стремяна с различными приспособлениями), другие же служат пациенту, как вспомогательные элементы, при обучении управлению лошадью (это отдельный повод, разноцветные поводья с различными приспособлениями). К сожалению, у нас, в России специального снаряжения для конников-инвалидов пока не производят.

Мы используем в качестве специального конского снаряжения для новичков, для тяжёлых пациентов т.н. страховочную подпругу с ручками (гурт), а сидит пациент, при этом или на «голой лошади, или на овечьей шкурке, на которой удобно и приятно сидеть, но при этом теряется часть элементов физического воздействия лошади на

всадника (тепло, массаж) Для того, чтоб было за что держаться, на лошадь одевают или страховочную подпругу с ручками (гурт), или шейный страховочный ремень тоже с ручками.

Для всадников-инвалидов созданы специальные сёдла, на которых, с помощью приспособлений можно менять конфигурацию и площадь седла в зависимости от физических недостатков пациента. Есть и другие приспособления, с помощью которых можно поддерживать спину пациента или колени и т.д.

Для удобства посадки пациентов существуют достаточно сложные приспособления – это специальные пандусы, которые устанавливаются в манежах, их устройство очень разнообразно, но смысл один – сажать пациента на лошадь прямо из коляски, избавляя инструктора от необходимости поднимать его, переносить к лошади и обратно. Есть более простое, но тоже удобное устройство – монтуар – трех-четырёх ступенчатая лесенка, которая облегчает и инструктору и пациенту посадку на лошадь и спешивание. Конечно, пандус удобнее, но в России их пока не сооружают.

Существует довольно много различных приспособлений облегчающих, страхующих и помогающих пациентам ездить верхом на лошади, правда, в России их не выпускают, но кое-что, вполне возможно соорудить и самим.

Все эти приспособления можно разделить на две группы: одни из них служат в качестве страховки, оберегают всадника от падения, а другие помогают всаднику управлять лошадью. Те и другие рассчитаны на применение при определённых физических дефектах и требуют достаточного знакомства с различными патологическими проявлениями и с правилами применения каждого из этих приспособлений, для внимательного и серьёзного подбора их в каждом отдельном случае. Об этих приспособлениях можно узнать более подробно из имеющейся зарубежной литературы, переводы из которой есть в Центре.

Во время занятий по иппотерапии, экитерапии, как при групповых, так и при индивидуальных занятиях используются различные игровые элементы, при которых частенько используются разные приспособления, предметы, устройства: это мячи обычные и набитые горохом, опилками, обручи большого и малого диаметра, булавы, стойки с прибитыми к бокам крючками, чтоб можно было что-то на них вешать или цветные пластмассовые ведёрки и миски, и многое другое. Всё это, кстати, может пригодиться и для проведения некоторых видов соревнований по конному спорту в программе «Спешл Олимпикс».

4. Экипировка для пациентов, занимающихся ЛВЕ

Особые, обязательные требования к одежде всадников, кроме наличия страховочного шлема или каски и правильно подобранной обуви, не предъявляются.

Верхняя одежда должна соответствовать времени года и погоде, не быть слишком теплой или слишком легкой при низкой температуре воздуха; она не должна также стеснять движений. Желательно, чтобы даже летом верхняя одежда имела длинные рукава, позволяющие избежать повреждения кожи при падении.

Брюки не должны скользить по седлу (например, для них не годятся болоньевые и шелковистые ткани).

На ноги лучше всего надевать кожаные или резиновые сапоги с нескользкой подошвой и достаточно высокими голенищами или ботинки с крагами.

В разных странах существуют разные традиции в вопросах экипировки для занимающихся ЛВЕ, но в одном вопросе все придерживаются одного и того же мнения: шлем и сапоги, в худшем случае ботинки с крагами – обязательны.

Примерная учебная программа

Модуль 1

Стратегия и тактика общественного здоровья и государственной политики по отношению к инвалидам

1. Здоровье населения России как проблема государственной безопасности (состояние и перспективы).
2. Основные тенденции в государственной политике по отношению к инвалидам.
3. Законодательство и правовые вопросы социальной защиты инвалидов (людям с ограниченными возможностями). Стратегическое планирование, программы, инвестиционные проекты в вопросах общественного здоровья.
4. Принципы и методы комплексной реабилитации инвалидов на основе ЛВЕ и ИКС.

Модуль 2

Общие принципы и методы иппотерапии как особой формы ЛФК

1. Иппотерапия как особая форма ЛФК.
2. Особенности иппотерапии при различных формах ДЦП и других нарушениях опорно-двигательного аппарата.
3. Особенности иппотерапии при психических заболеваниях, задержках и нарушениях интеллектуального развития, патологиях в сенсорной зоне.
4. Иппотерапия, как базовый метод Комплексной Программы реабилитации, адаптации и интеграции в общество лиц с ограниченными возможностями.
5. Построение адаптивной реабилитирующей среды, на фоне иппотерапии и психолого-педагогических средств реабилитации, как необходимое условие для достижения желаемых результатов.
6. Вовлечение родителей и членов семьи пациентов в деятельность по реализации Комплексной программы.

Модуль 3

ЛВЕ и ИКС в реабилитации людей с ограниченными возможностями

1. Различные формы и виды иппотерапии и конного спорта для инвалидов (две программы).
2. Обычное и специальное конское снаряжение для занятий иппотерапией.
3. Взаимодействие участников процедуры по иппотерапии (пациент, инструктор, коновод и лошадь).
4. Особенности страховки пациента инструктором
5. Различные исходные положения при занятиях ЛВЕ и их значение.
6. Игры и взаимодействие всадников–пациентов при групповых занятиях ЛВЕ.
7. Организация и проведение конноспортивных соревнований для инвалидов.

Модуль 4

Психолого-педагогическое сопровождение ЛВЕ и ИКС

1. Фольклорные и другие игры в специально подобранных группах пациентов.
2. Отдельные компоненты психолого-педагогической реабилитации: работа психологов–дефектологов, коррекционных педагогов, логопедов, занятия в кружках , мастерских и студиях.

Модуль 5

Организация и внедрение в комплексную программу реабилитации людей с ограниченными возможностями ЛВЕ и ИКС

1. Основные условия для организации реабилитационных центров на основе иппотерапии.
2. Подбор и обучение кадров для реабилитационного центра.
3. Учётно-отчётная документация отдельных подразделений центра.
4. Критерии оценки воздействия комплексной программы реабилитации с опорой на иппотерапию.