

**Міністерство охорони здоров'я України**

**Український центр наукової медичної інформації та патентно-  
ліцензійної роботи**

**Український державний НДІ реабілітації інвалідів**

**«ЗАТВЕРДЖУЮ»**

**Начальник Управління**

**медико-соціальної експертизи**

**МОЗ України**

**В. В. Маруніч**

**ОЦІНКА РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ІНВАЛІДІВ  
З ДИТИНСТВА ВНАСЛІДОК ДЦП**

**(Методичні рекомендації)**

**Вінниця 2002**

**Установа-розробник:**

Український державний науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів

**Автори:** доктор мед. наук, професор **В. І. Шевчук**

канд. мед. наук **Л. О. Сторожук**

н. сп. **Е. М. Дрозденко**

н. сп. **І. Я. Островський**

тел. (0432) 44-61-02

**Рецензенти:** доктор мед. наук, професор **О.Г. Процек**

**Голова експертної комісії:** канд. мед. наук **Н.М. Біляєва**

## Перелік умовних скорочень

РП – реабілітаційний потенціал

Рпр – реабілітаційний прогноз

ДЦП – дитячий церебральний параліч

ІМТ – індекс маси тіла

РПО – реабілітаційний потенціал особистості



## Зміст

Вступ .....	6
I. Поняття «Реабілітаційного потенціалу» .....	8
II. Медичні фактори, що впливають на РП.....	10
III. Медичні етапи реабілітаційної програми для дітей-інвалідів та інвалідів з дитинства внаслідок ДЦП.....	12
IV. Психологічні та соціальні фактори, що визначають реабілітаційний потенціал.....	14

## Вступ

Згідно з нормативною класифікацією, реабілітація інвалідів – це система медичних, психологічних, педагогічних і соціально-економічних заходів, спрямованих на усунення або можливо більш повну компенсацію обмеження життєдіяльності, що викликано порушенням здоров'я зі стійкими розладами функцій організму. Мета реабілітації визначається, як “відновлення соціального статусу інваліда, досягнення ним матеріальної незалежності та його соціальної адаптації”. Задачами реабілітації є соціально-побутове і професійне відновлення інваліда, а кінцевою метою – інтеграція його в сім'ю та суспільство, забезпечення фізичної та економічної незалежності, підвищення якості життя. Досягнення кінцевого результату, в першу чергу залежить від ступеня відновлення втраченої функції (медико-біологічних наслідків хвороби) за допомогою лікування та медичної реабілітації. Успішне функціональне відновлення супроводжується усуненням наслідків хвороби більш високого рівня – обмеження життєдіяльності і соціальної недостатності, тобто ліквідацією побутових і соціальних наслідків хвороб і травм. При неможливості функціонального відновлення реабілітаційні заходи здійснюються на побутовому та соціальному рівні за рахунок соціально-побутової та професійної реабілітації, результат якої може бути різним.

Формування програми реабілітації інвалідів з дитинства полягає в проведенні експертно-реабілітаційної діагностики, визначенні реабілітаційного прогнозу, необхідності проведення певних заходів та послуг, тобто встановлення реабілітаційного потенціалу конкретного інваліда.

Реабілітаційний потенціал (РП) інваліда, зокрема інваліда з дитинства – це показник, який на підставі комплексних, психологічних та соціальних факторів оцінює реальні можливості реабілітанта для відновлення порушених функцій організму і можливості в тій чи іншій мірі брати участь в трудовій діяльності. Реабілітаційний потенціал відображає ступінь можливості компенсації функціональних порушень з урахуванням психологічної

готовності інваліда до реабілітації, відображає наявність і ступінь вияву супутніх захворювань, можливості компенсації патологічних проявів за допомогою технічних засобів, а також запобіганню прогресування захворювання.

Ефективність та доцільність проведення реабілітації, показання до відбору до кожного з етапів реабілітації залежить від правильної оцінки його реабілітаційного потенціалу.

Визначення реабілітаційного потенціалу необхідно проводити всім реабілітантам на підставі комплексу факторів. Поряд із загальними факторами, які характеризують РП незалежно від конкретного захворювання та його наслідків, існують фактори, специфічні для кожного захворювання. В даних методичних рекомендаціях розглядається оцінка РП у інвалідів внаслідок дитячого церебрального паралічу.

Методичні рекомендації виконані за матеріалами медико-експертної документації 3713 первинних інвалідів з дитинства та за результатами проведеного комплексного обстеження 200 хворих з різними формами ДЦП.

Методичні рекомендації пропонуються для лікарів-реабітологів, неврологів, ортопедів, лікарів МСЕК та ЛКК. Вони розкривають особливості формування індивідуальної програми реабілітації та оцінки ефективності проведення реабілітаційних заходів інвалідам з ДЦП.

Професійна реабілітація включає професійний відбір, професійну орієнтацію, професійне навчання або перекваліфікацію, раціональне працевлаштування.

Соціально-побутова реабілітація включає соціально-побутове влаштування та обслуговування.

Юридичною підставою для початку реабілітаційних заходів з конкретним індивідумом є визнання його інвалідом за результатами освідчення в закладах медико-соціальної експертизи. На підставі даних експертної діагностики, подається прогноз про динаміку захворювання,

соціально-середовищний і професійний статус інваліда. Отримані результати стануть основою для винесення медико-соціального заключення про потребу в реабілітаційній допомозі, пріоритетності її медичних, соціальних і професійних аспектів, а також встановлення етапності в проведенні реабілітаційних заходів.

Ефективність реабілітації залежить від адекватності оцінки реабілітаційного потенціалу. Реабілітаційний потенціал інвалідів визначається шляхом реабілітаційно-експертної діагностики, яка включає в себе:

- клініко-експертну діагностику;
- професійну, психофізіологічну діагностику (оцінка розвитку прогнозу розвитку професійно важливих знань, навичок, умінь);
- соціально-середовищну діагностику (визначення соціально-психологічної реактивності, спрямованість соціальної діяльності, сімейно-побутових взаємовідносин, соціально-економічного статусу, рівня і структури кругозору).

### **I. Поняття «Реабілітаційного потенціалу»**

Реабілітаційний потенціал (РП) в даний час визначається як комплекс біологічних, психофізичних і психологічних характеристик людини і соціально-середовищних факторів, що визначають потенційну можливість відновлення життєдіяльності і соціального статусу хворого.

РП – інтегральний показник, що враховує резервні можливості різних органів і систем організму, потенціал особистості хворого і вплив середовища його проживання на процес відновлення функціональних можливостей, повсякденній діяльності і професійній придатності хворого.

РП характеризує можливості реабілітації в цілому. Відповідно до задач реабілітації він може бути розділений на кілька складових частин: потенціал відновлення і компенсації порушених функцій; потенціал відновлення



основних здібностей до повсякденної діяльності – побутової активності; потенціал відновлення здатності до професійної праці.

Поряд із РП оцінюється реабілітаційний прогноз – Рпр.

Під Рпр розуміють прогнозування можливості реалізації РП. Для конкретизації реабілітаційного прогнозу доцільно визначати його диференційовано стосовно окремих складових частин РП:

- прогнозування відновлення порушених функцій – відповідає клінічному прогнозу і залежить від факторів, що його визначають;
- прогнозування відновлення здатності до праці, тобто трудовий прогноз;
- прогнозування відновлення повсякденної діяльності – соціально-побутової активності.

У залежності від прогнозування реалізації всіх чи окремих компонентів РП він підрозділяється на 4 ступені.

Високий РП визначається в тих випадках, коли прогнозується реалізація всіх задач реабілітації – функціональне, соціально-побутове і професійне відновлення або при частковій компенсації функції досягається повне відновлення хворого (іноді залишається незначне обмеження працездатності, що вимагає соціально-трудової реабілітації по лінії ЛКК).

Середній РП визначається, якщо прогнозується збереження помірного чи легкого порушення функцій (дефекту) при неповному професійному відновленні (значне обмеження працездатності – інвалідність III гр.), а також повне відновлення соціально-побутової активності (рідше часткове, без необхідності використання допоміжних засобів).

Низький РП визначається, якщо прогнозується збереження вираженого функціонального дефекту, значне обмеження соціально-побутової активності з необхідністю використання допоміжних засобів при збереженні здатності до самообслуговування без допомоги сторонніх,

неможливості працювати в звичайних виробничих умовах, іноді пристосування до праці в спеціально створених умовах.

РП відсутній, якщо прогнозується збереження різко вираженого дефекту, що призводить до неможливості працювати та неможливості самообслуговування без постійної допомоги сторонніх Реабілітаційний потенціал включає багато компонентів і визначається комплексом незалежних і взаємозалежних причин, що можуть бути об'єднані в 3 групи:

- медичні фактори;
- психологічні фактори;
- соціальні фактори.

## **II. Медичні фактори, що впливають на РП**

Медичні фактори, що визначають реабілітаційний потенціал інвалідів внаслідок ДЦП багаточисельні. До них відносяться: форма захворювання, локалізація ураження головного мозку, характер та ступінь неврологічного дефекту, моно або полісиндромність дефекту, наявність та вираженість супутніх захворювань, час початку реабілітації, її тривалість та безперервність, обсяг проведених реабілітаційних заходів, кваліфікація персоналу, а також фізичний розвиток та фізична працездатність інваліда внаслідок ДЦП.

Моно- чи полісиндромність неврологічного дефіциту впливає на потенціал відновлення функцій і життєдіяльності. При моносиндромних порушеннях реабілітаційний потенціал (РП) вище, ніж при полісиндромних. Особливо несприятливим є сполучення таких дефектів, що у нормі беруть участь у реалізації одного виду діяльності або приймають участь у компенсації дефектів.

Супутні захворювання в більшості випадків знижують РП, тому що зменшують функціональні резерви організму й обмежують використання активних методів реабілітації. Будь-яке супутнє захворювання, якщо воно

супроводжується вираженою недостатністю органів і систем (серцево-судинної, дихальної, кістково-м'язової, ін.), створює протипоказання до активної реабілітації.

При супутніх захворюваннях з незначними чи помірно вираженими наслідками, РП може бути достатнім для проведення реабілітації, але при цьому фізичні навантаження повинні бути знижені, а темп їхнього наростання і тривалість курсу реабілітації збільшені.

Важливою складовою оцінки РП є визначення рівня фізичного розвитку та толерантності до фізичних навантажень.

### **Фізичний розвиток**

Серед хворих з ДЦП часто зустрічаються люди, маса тіла яких вища за оптимальне значення. Для визначення зайвої ваги і виявлення осіб з надлишковою масою тіла та ожирінням використовується індекс маси тіла (ІМТ), що розраховується по формулі:

$$\text{ІМТ} = \text{вага тіла в кг} / \text{зріст}^2 \text{ (кг/м}^2\text{)}$$

ІМТ та пов'язаний з ним відносний ризик для здоров'я інтерпретується по наступній шкалі (згідно рекомендаціям Європейського товариства кардіологів, Європейського товариства по атеросклерозу і Європейського товариства по гіпертензії, 1994):

- ІМТ менш 20 кг/м<sup>2</sup> - недолік ваги може бути пов'язаний з якими-небудь проблемами здоров'я;
- ІМТ між 20 кг/м<sup>2</sup> і 25 кг/м<sup>2</sup> є добрим показником для більшості людей;
- ІМТ між 25 кг/м<sup>2</sup> і 30 кг/м<sup>2</sup> свідчить про надлишкову вагу чи ожиріння першого ступеня, що може привести до проблем здоров'я для деяких людей;
- ІМТ між 30 кг/м<sup>2</sup> і 40 кг/м<sup>2</sup> оцінюється як ожиріння другого ступеня, що зв'язано з помірним ризиком для здоров'я;
- ІМТ більше 40 кг/м<sup>2</sup> – це важкий ступінь ожиріння (третій ступінь), що приводить до серйозних наслідків для здоров'я.

Низький ІМТ, як і ІМТ, що відповідає ожирінню другого, особливо, третього ступеня, знижують РП.

В оцінці РП хворих на ДЦП з неврологічним дефіцитом рівень фізичного розвитку і ІМТ підвищують або знижують РП і дозволяють більш достовірно прогнозувати його реалізацію.

### **III. Медичні етапи реабілітаційної програми для дітей-інвалідів та інвалідів з дитинства внаслідок ДЦП**

- 1. Етап адаптації** – на цьому етапі є важливим доведення до батьків та пацієнтів інформації про завдання реабілітації. Поступово встановлюється контакт між пацієнтом, його батьками та медичним персоналом. Визначаються емоційні та психоемоційні адаптивні можливості дитини.
- 2. Етап діагностики** – проводиться скринінг – діагностика рухових та статичних можливостей хворого. Визначається об'єм пасивних, активних рухів, наявність контрактур, вкорочень кінцівок. Проводяться лабораторні та інструментальні дослідження (загальний аналіз крові, кров на RW, кал на визначення яєць глистів, біохімічні дослідження крові, з обов'язковим визначенням вмісту Са та Р, ЕКГ, реоенцефалографія, ЕЕГ, М-ехоенцефалографія, реовазографія верхніх та нижніх кінцівок, психофізіологічні методики для виявлення порушень системи психологічних установок хворих).
- 3. Етап консервативного лікування ( або підготовки до операції )** - з метою підготовки до операції або як самостійне консервативне лікування хворому проводять – масаж кінцівок, м'язів спини, курс лікувальної фізкультури, електростимуляцію ослаблених м'язів, електрофорез з лікувальними сумішами, проводять курс полісегментарної мануальної терапії та медикаментозна терапія, психофізіологічна корекція.

4. **Етап оперативних корекцій** – в залежності від того, які у хворого контрактури йому виконують слідуючі оперативні втручання :
- 4.1. Двобічна аддуктотомія привідних м'язів стегон з невротомією передніх гілочок затульних нервів.
  - 4.2. Пересічення рухових гілочок великогомілкового нерву ( операція Штоффель-2 ).
  - 4.3. Переміщення напівсухожилкового та напівперепончатого м'язів (операція Еггерса ).
  - 4.4. Подовження ахілового сухожилку по методу Байєра.
5. **Етап післяопераційної іммобілізації** – в залежності від виконаної операції проводиться післяопераційна іммобілізація гіпсовими пов'язками:
- 5.1. Двобічна аддуктотомія привідних м'язів стегон з невротомією передніх гілочок затульних нервів, двобічний гіпсовий коксит з розведенням стегон до  $> 40 - 50^\circ$  - іммобілізація від 4 тижнів.
  - 5.2. Пересічення рухових гілочок великогомілкового нерву (операція Штоффель-2) - іммобілізація в гіпсових пов'язках до 2 тижнів.
  - 5.3. Переміщення напівсухожилкового та напівперепончатого м'язів (операція Еггерса) - іммобілізація в гіпсових пов'язках – 4-6 тижнів.
  - 5.4. Подовження ахілового сухожилку по методу Байєра – іммобілізація в гіпсових пов'язках 4-5 тижнів.
- При різних комбінаціях оперативних втручань термін іммобілізації збільшується.
6. **Етап післяопераційної реабілітації** – після зняття гіпсових пов'язок хворі проходять курс відновного лікування: масаж, парафінові аплікації на суглоби, електрофорез, магнітотерапія, ЛФК, продовження психофізіологічної корекції
7. **Етап стабілізації** – хворі та їх батьки в домашніх умовах самостійно займаються ЛФК, проводять самомасаж, релаксацію м'язів.

#### **IV. Психологічні та соціальні фактори, що визначають реабілітаційний потенціал.**

Важливе значення в системі реабілітації має правильне вирішення питань медико-соціальної експертизи інвалідів з дитинства.

Багаторічні дослідження показали необхідність ранньої корекції дефектів психофізичного розвитку дітей дошкільного віку.

Найбільш інтенсивно мозок дитини розвивається в перші 1,5-2 роки. До 5 років він практично освоює основний словниковий запас рідної мови та її граматики.

Психічний розвиток дитини включає ряд вікових етапів, кожний із яких характеризується своїми особливостями, системністю, взаємозалежністю і найтісніше зв'язаний з попереднім етапом розвитку, проявляючись не тільки в кількісних змінах, але і в виникненні нових властивостей та якостей особистості. Психофізіологічне вивчення всіх категорій дітей з аномаліями показує, що загальні закономірності, притаманні дитячому розвитку в нормі, простежуються і в психофізіологічному розвитку дітей з аномаліями. Внаслідок дії загальних законів психофізичного розвитку те чи інше раннє порушення якоїсь ланки закономірно веде до аномального розвитку.

Знання та врахування загальних закономірностей і особливостей розвитку дитини з аномаліями, сенситивних періодів його психофізичного розвитку, а також значних пластичних можливостей центральної нервової системи служать важливою основою для корекції дефекту, його компенсації за допомогою медикаментозних та корекційно-педагогічних заходів.

Багато видів аномалій розвитку можуть мати не один первинний дефект, а сполучення ряду первинних дефектів глухоти чи сліпоти з розумовою відсталістю, з руховими порушеннями, порушення опорно-рухового апарату з інтелектуальною недостатністю, з мовними розладами типу дизартрій тощо.

Найбільш типові медико-соціальні проблеми інвалідів:

1. проблеми самообслуговування (їжа, одягання, взування, особиста гігієна та ін.);
2. проблеми пересування;
3. проблеми пов'язані з спілкуванням з оточуючими (глухі, сліпі, німі);
4. психологічні проблеми - значна частина дітей-інвалідів тяжко переживають своє захворювання і наявні порушення.

В широкому розумінні реабілітація розглядається як динамічна система взаємозв'язаних компонентів: клінічного, психологічного, трудового, педагогічного, спрямованих на досягнення кінцевої мети - відновлення статусу особистості.

Одним із основних принципів реабілітації є опора на особистість хворого. Тому актуальною стає оцінка особливостей психологічного статусу з погляду ефективності проведення реабілітаційних заходів у конкретної людини, з урахуванням індивідуальних характеристик особистості і психічного стану. У зв'язку з цим, виникає необхідність в узагальненій характеристиці особистої готовності і можливостей хворого до участі в реабілітаційному процесі.

**Реабілітаційний потенціал особистості (РПО)** - це можливість ефективного включення *конкретного* хворого чи інваліда в умови *реального* реабілітаційного процесу (на медичному, медико-професійному, соціальному етапі реабілітації). Як показав досвід психологічної реабілітації, при оцінці РПО найбільше значення має одержання психодіагностичних показників і проведення аналізу психологічного статусу хворих і інвалідів по запропонованій 5-рівневій схемі: \*

- 1 нейро-психофізіологічний рівень;
2. рівень саморегуляції;
3. нозогнозичний рівень;
4. характерологічний рівень;
5. мотиваційно-особистісний рівень.

Порушення на одному із цих рівнів може привести до значної дезадаптації хворого та різко знизити ефективність реабілітаційних заходів, що проводяться.

Нейро-психофізіологічний рівень включає в себе оцінку базових психофізіологічних процесів: уваги, пам'яті, мислення, працездатності та інтелекту, а також оцінку стану вищих психічних функцій та мовні порушення. Оцінка проводиться при клінічному та клініко-психологічному обстеженнях, а також з використанням традиційних психодіагностичних методів (коректурні проби, 10 слів. тестування інтелекту і т.п.) і методів нейропсихологічної діагностики.

Рівень саморегуляції включає в себе оцінку стану емоційно-вольової сфери, активності, настрою, відповідальності. Оцінка проводиться при клінічному, клініко-психологічному або психодіагностичному обстеженні. Можливе використання психодіагностичних тестів типу САН, ШРЛТ, колірний тест М.Люшера, УСК і т.п.

Нозогнозичний рівень включає в себе оцінку внутрішньої картини хвороби як за допомогою виявлення типу по відношенню до хвороби, так і в плані визначення моделі прогнозу захворювання та моделі очікуваних результатів лікування. Представлення про по відношення до хвороби, моделі прогнозу захворювання і моделі очікуваних результатів лікар може одержити при спрямованому розпитуванні хворого.

Характерологічний рівень містить у собі оцінку стереотипів поведінки, адаптаційних можливостей особистості. Оцінка проводиться при клінічному, клініко-психопатологічному або психодіагностичному обстеженні. Можливе використання особистих опитувальників (типу 16PF, MMPI, FPI, BVNK-300 та ін.).

Мотиваційно-особистісний рівень включає в себе оцінку життєвих цінностей, стремлень, традицій. Оцінка проводиться при клінічному, клініко-



психопатологічному або психодіагностичному обстеженні. Можливе використання опитувальників типу ОТЦ, Рокича, Хеккаузена, WPPF та ін.

Психологічні фактори включають характеристику психофізіологічних особливостей, особистості реабілітанта, визначення спрямованості на продовження трудової діяльності або можливої її корекції.

Соціальні фактори обов'язково повинні враховувати вік реабілітанта., його адресу, рівень освіти та професійної підготовки, можливість компенсації наявної патології за допомогою технічних засобів, збереження професійної придатності, можливість надбання іншої, показаної за станом здоров'я, професії, наявність умов для раціонального працевлаштування, економічний стан реабілітанта та його сім'ї.

Фактори, що складають реабілітаційний потенціал для соціальної реабілітації можуть бути поділені на дві групи: соціально-побутові та соціально-трудові. Соціально-побутові фактори – це умови та засоби, сприятливі виконанню побутової діяльності, самостійному обслуговуванню і незалежному економічному існуванню. До них належать наявність житлових умов і сім'ї, що дозволяють подолати утруднення при самообслуговуванні, фізичної залежності, матеріальному забезпеченні, а також можливість отримання та використання допоміжних технічних засобів.

Соціально-побутові фактори сприяють можливості самостійної суспільної та сімейної діяльності. До них належать: доступність використання громадського транспорту, надання особистого транспорту, організація відпочинку, заняття фізичною культурою та спортом.

При наявності стійкого вираженого медико-біологічного дефекту сприятливі соціально-побутові фактори забезпечують належний догляд – оптимально можливий для якісного життя інваліда

Соціально-трудові фактори визначають вищу форму соціальної інтеграції інваліда – відновлення його професійної працездатності.

В проведених дослідженнях для оцінки реабілітаційного потенціалу ми використали 164 факторіальні та результативні ознаки, які характеризують соціально-гігієнічні та екологічні особливості життя інвалідів з дитинства, особливості перебігу захворювання, данні клінічних, електрофізіологічних, біохімічних та психофізіологічних досліджень.

Всі данні заносились у таблиці, спеціально складенні з використанням комп'ютерної програми Microsoft Access, що сприяє швидкому отриманню результатів. Дані сумарного кореляційного аналізу і показують рівень реабілітаційного потенціалу.

За допомогою характеристики кореляційного зв'язку здоров'я інвалідів внаслідок ДЦП з соціально-гігієнічними, психологічними та клінічними питаннями виділено 5 факторів – головних компонент.

Перший – головний фактор сильно зв'язаний з особистою тривожністю і більшістю показників реоенцефалограми - це стан нервової системи.

Другий фактор – стресогенні шкідливості – це ступінь шкідливого впливу зовнішнього середовища на здоров'я.

Третій фактор – відчуття образи внаслідок фізіологічного та зовнішнього дефекту.

Четвертий фактор – наявність супутньої патології та стан реактивності організмів інвалідів з дитинства.

П'ятий фактор, обумовлений ступенем клінічних проявів та важкістю інвалідності.

Ступінь вираженості кожного з цих головних факторів та їх зв'язок визначає реабілітаційний потенціал інваліда з дитинства.

З урахуванням визначених медичних, психологічних і соціальних факторів можливе виділення ступеня реабілітаційного потенціалу: високого, середнього чи низького.

Високий реабілітаційний потенціал визначається в тих випадках, коли прогнозується реалізація всіх задач реабілітації – функціональне, соціально-

побутове та професійне відновлення, що дозволяє повністю відновити придатність до участі в трудовому процесі. До цієї групи реабілітантів належать особи з незначними та помірними функціональними порушеннями внаслідок основного захворювання, зі сприятливим перебігом захворювання, з рідкими неважкими загостреннями, при збереженні чи незначному зниженні фізичної дієздатності в умовах психоемоційних навантажень з позитивною тенденцією при динамічному спостереженні, при збереженні професійної придатності, або можливості надбання нової, адекватної стану здоров'я інваліда професії, та наявності умов для раціонального працевлаштування.

Середній рівень реабілітації цього потенціалу визначається при умовах прогнозування збереження помірного або легкого порушення функцій при неповному професійному відновленні й повному відновленні соціально-побутової активності. Це дозволяє відновити або зберегти зі значним обмеженням працездатність інвалідів, навіть при незначному рівні мотивації на одужання і участь в трудовій діяльності, при можливості компенсації функціональних порушень технічними засобами.

Низький рівень реабілітаційного потенціалу при прогнозуванні збереження вираженого функціонального дефекту, значному обмеженні побутової активності з необхідністю використання допоміжних засобів при збереженні здатності інваліда до самообслуговування без сторонньої допомоги, неможливість виконання будь якої роботи у звичайних умовах виробництва, іноді пристосування до праці в спеціально створених умовах. Низький рівень реабілітаційного потенціалу дозволяє використовувати залишкову працездатність інваліда в спеціально створених умовах при високій мотивації до одужання, або при низькій мотивації можливість компенсації її за допомогою психокорекції.

Реабілітаційний потенціал вважається відсутнім, якщо прогнозується збереження значно вираженого дефекту, який спричиняє недоступність будь-якої праці і робить неможливим самообслуговування без сторонньої

допомоги. Реабілітаційний потенціал встановлюється нульовим при неможливості адаптувати інваліда до праці при низькій мотивації, а також при наявності виражених супутніх захворювань, які повністю заважають виконанню будь-якої трудової діяльності.

Діти-інваліди та інваліди з дитинства потребують різних видів медико-професійної реабілітації з урахуванням профдіагностичних та профорієнтаційних аспектів. Реалізація цього блоку реабілітаційної роботи в значній мірі визначає підсумкову ефективність комплексної медико-професійної реабілітації і в кінцевому рахунку успішність інтеграції її в суспільство і професійне середовище. Цей розділ роботи повинен включати психофізіологічну діагностику, контроль та розвиток біологічних задатків, здібностей до праці шляхом послідовної корекції виявлених порушень з використанням всього необхідного арсеналу методів корекції.

Проведення медико-професійної реабілітації потребують практично всі діти інваліди, що досягли 15-18 років і не мають глибоких та стійких порушень, що виключають можливості виконання будь-якої трудової діяльності.

Частина з них може влитись в систему освіти на рівних із здоровими однолітками (підлітки зі збереженим інтелектом, зі збереженою, або незначно обмеженою можливістю пересування, обслуговування себе). Друга частина потребує спеціальних умов для навчання (адаптації навчальних планів, програм, наявності допоміжних спеціалістів, організації реабілітаційного супроводження учбового процесу, забезпечення технічними заходами реабілітації). Категорія молодих осіб із значно вираженими порушеннями психо-фізичного розвитку, що за станом здоров'я не може навчатись у звичайній системі профнавчання, може набувати професійних навиків у спеціально організованих майстернях на спецділянках, на спецпідприємствах, в Центрах профреабілітації. І на кінець найбільш вразлива категорія молодих інвалідів може виконувати лише окремі підсобні трудові операції в межах

визначених видів праці, під контролем без норм виробітку та регламентації часу. Професійна реабілітація завершує процес реабілітації та забезпечує інваліду можливість отримати відповідну роботу, надаючи можливість тим самим його соціальній інтеграції.

Необхідна наявність розгалуженої сітки професійних учбових закладів, дає можливість сумісного навчання інвалідів із не інвалідами: спеціалізовані центри професійного навчання, організація таких форм навчання, як дистанційна, на дому і т.д., що при відповідній законодавчо-нормативній базі є сприятливим фактором для впровадження професійної реабілітації громадян з обмеженими можливостями. Наряду із створенням бази для професійного навчання, не менш важливою проблемою є проблема вибору учбової спеціальності, яка, з однієї сторони повинна відповідати інтересам і можливостям особистості, а з другої – мати можливість найти роботу.

Таким чином, для того, щоб впровадити максимально можливу інтеграцію підлітків-інвалідів у суспільство та соціальне середовище, необхідні сумісні активні зусилля медичних, педагогічних, соціальних, адміністративно-виконавчих та інших структур нашої держави.

Враховуючи, що значне число дітей-інвалідів мають важкі інвалідизуючі порушення, можливості медичної корекції яких обмежені, особливо дітей шкільного віку, велику питому вагу при проведенні реабілітаційних заходів повинні займати корекційні міроприємства психолого-педагогічного, професійно-прикладного характеру, а також проведення своєчасної адекватної профорієнтації.

Необхідність взаємозв'язку етапів потребує відповідного обсягу інформації, для корекції на наступному етапі. У нього повинні включатись:

- проведення фармакотерапії з аналізом та її корекцією;
- фізична реабілітація та її об'єм на наступних етапах;
- психологічна корекція відношення до реабілітації та трудової установки;

- оцінка реабілітаційного потенціалу та його реалізація;
- результати визначення профвідповідності, профвідбору і раціонального працевлаштування;
- оцінка функціонально-клінічних порушень та обмеженої життєдіяльності, в тому числі можливості до виконання професійної праці.

В контексті прогнозування відіграє велику роль застосована нами методологія використання суб'єктивних суджень експертів для отримання інформації, яка необхідна для створення моделі прогнозування. Запропоновані нами математичні моделі оцінки впливу основних факторів соціологічних, психолого-гігієнічних та клінічних чинників на реабілітаційний потенціал інвалідів з дитинства дозволять реалізацію індивідуальних програм реабілітації до кінцевого результату – “інвалід реабілітований”.

В залежності від прогнозування всіх, або окремих компонентів реабілітаційного потенціалу можливо розділяти його на високий, середній або низький рівень.

Принциповим питанням організації реабілітації є показання до її проведення. Висока вартість реабілітаційної допомоги вимагає необхідність відбору на реабілітацію з урахуванням перспективності і результативності її проведення, тобто проведення реабілітації показано при наявності реабілітаційного потенціалу більш високого рівня. Недостатній розвиток реабілітаційної мережі робить цю задачу ще більш актуальною.

Несприятлива ситуація, що склалась нині із здоров'ям дітей та молоді країни, вимагає негайного вирішення проблеми. Першочерговим є припинення погіршення здоров'я, чого можна досягти, поряд з реформою системи медичного забезпечення, шляхом здійснення нової державної політики в галузі охорони здоров'я через економічні, соціальні та політичні важелі.

Оскільки кількість інвалідів з дитинства збільшується з року в рік, і ця тенденція, напевно, буде зберігатись і надалі, перед політиками і посадовими особами, що займаються плануванням заходів охорони здоров'я, виникає нагальна проблема забезпечення адекватних умов надання медичної і соціальної допомоги цьому контингенту населення.

Діти, що страждають на різні хвороби та мають вади розвитку отримують соціальну допомогу до досягнення ними 16-річного віку, після цього вони мають бути скерованими на МСЕК і в багатьох випадках втрачають можливість отримання пенсій в зв'язку з тим, що важкість захворювання і ступінь вираженості функціональних порушень не відповідає критеріям визначення інвалідності. В той же час ці діти ще не інтегровані в суспільство, в більшості вони ще вчаться в загальноосвітній школі і не мають професії.

Різноманітність характеру реабілітації, яка включає медичний, психологічний, педагогічний, професійний, соціально-екологічний та правові аспекти, визначає потреби інваліда в різних мірах реабілітації. Реалізація цих потреб через індивідуальні програми реабілітації вимагає раннього початку і характеризується наступністю, безперервністю та етапністю проведення реабілітаційних заходів, динамічним спостереженням за ходом їх виконання. З метою забезпечення оптимальних умов для послідовного проведення заходів по реалізації програм реабілітації інвалідів з дитинства (комплексних, цільових, базових, індивідуальних) необхідне створення державної служби реабілітації інвалідів з формуванням відповідних регіональних структур.

*Навчально-методичне видання*

**Оцінка реабілітаційного потенціалу інвалідів  
з дитинства внаслідок ДЦП**

Методичні рекомендації

Підписано до друку 12.12.2002  
Форма 29,7x42 <sup>1</sup>/<sub>4</sub>  
Гарнітура Times New Roman  
Папір офсетний. Друк різнографічний.  
Ум. друк. арк. 2,08. Наклад 100 прим.

ПП О. Власюк  
Свідоцтво Держкомінформу України  
Серія ДК № 1114 від 12.11.2002  
21021, м. Вінниця, а/с 1883