

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕБЕНКА С ОВЗ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Выполнила Л.Г.Дурманова

Нарушение функций опорно-двигательного аппарата у детей является серьезным заболеванием, которое встречается довольно часто. Диапазон степени двигательных нарушений очень широкий. Подавляющее большинство таких больных становятся инвалидами уже с детства. Реабилитация детей с двигательными нарушениями-это не только медицинская задача, но и во многом педагогическая и социальная. Важно не только восстановить утраченные двигательные функции, не только повысить функциональное состояние ребенка, но и научить его сидеть, ходить, обслуживать себя, т.е адаптировать к окружающей среде.

Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата - довольно разнообразная, как по клиническим, так и по психолого-педагогическим характеристикам группа, которая условно разделяется на две категории:

Первая категория - дети с нарушениями, обусловленными врожденными и приобретенными органическими поражениями центральной нервной системы в следствие различных перенесенных заболеваний: ДЦП, полиомиелит и др.

Вторая категория - нарушения центральной нервной системы и опорно-двигательного аппарата в последствие перенесенной родовой или бытовой травмы.



В некоторых случаях, нарушение функции опорно-двигательного аппарата может сопровождаться замедленным психическим развитием ребенка. Но, чаще всего, интеллект такого ребенка сохраняется в относительно здоровом состоянии.

Так же, различают три степени тяжести нарушения двигательной функции:

- легкую - при сохранении возможности свободного передвижения;**
- среднюю - такой ребенок, в передвижении и самообслуживании, нуждается в незначительной помощи со стороны других людей;**
- тяжелую - полная зависимость от опеки окружающих.**



Нарушения функции опорно-двигательного аппарата

Ампутации и врожденные недоразвития конечностей

Односторонние дефекты верхних конечностей

Двусторонние дефекты верхних конечностей

Односторонние дефекты нижних конечностей

Двусторонние дефекты нижних конечностей

Односторонние смешанные дефекты конечностей

Двусторонние смешанные дефекты конечностей

Повреждения позвоночника

Класс I (IA, IB, IC)

IA — поражение верхнего отдела спинного мозга [C_{IV-VII} -сегменты], трехглавая мышца ослаблена (не более 3 баллов).

IB — поражение среднего отдела (сегмент C_1 и выше). Нормальная сила трехглавой мышцы (ММТ 4—5 баллов), мышцы предплечья слабые (0—3 балла ММТ).

IC — нижний отдел (сегмент D). Нормальная сила трехглавой мышцы и сгибателей предплечья. Сила кистей, мышц туловища и ног ослаблена.

Класс II — поражение грудного отдела (D_{I-V} -сегменты). Мехреберные мышцы туловища не функционируют, равновесие сидя не удерживается, нижний спастический парализм или параллелизм.

Класс III — поражение нижнегрудного отдела (D_{VI-X} -сегменты). Мышцы туловища ослаблены, сила мышц живота снижена, нижний спастический парализм, параллелизм.

Класс IV — поражение поясничного отдела ($D_{XI-L_{III}}$ -сегменты). Мышцы туловища сохранены (ММТ более 3 баллов). Разгибатели голени и приводящие мышцы бедра слабые (ММТ 1—2 балла). Суммарная сила мышц нижних конечностей 1—2 балла, для инвалидов с последствиями полиомиелита — 1—15 баллов.

Класс V — поражение крестцового отдела (L_{IV-S}). Четырехглавая мышца функционирует (ММТ 3—5 баллов), остальные мышцы ног ослаблены. ММТ 1—10 баллов, для инвалидов с последствиями полиомиелита — 16—35 баллов.



В настоящее время необходимость совершенствования организации психолого-педагогической помощи детям с патологией опорно-двигательного аппарата тем более очевидна, так как эта патология чрезвычайно распространена и имеет тенденцию к росту, особенно значительно увеличивается число больных детей с детским церебральным параличом. Это составляет 89% случаев от общего числа заболеваний опорно-



Проведенное обследование показало, что деформации позвоночника функционального характера распространены среди дошкольников в 25-30% случаев, количество случаев этой патологии значительно возрастает в возрастных группах 7-9 лет (41%) и 13-15 лет (63%), т.е. в периоды интенсивного роста. Деформации позвоночника структурного характера редко встречаются у дошкольников (4%) и часто выявляются у старших школьников (18-20%). В целом деформации позвоночника чаще встречаются у девочек в 66% случаев во всех возрастных группах. Среди структурных деформаций наиболее частой патологией являются сколиотические деформации.



Одним из важнейших аспектов
реабилитационного процесса является
создание условий для привлечения
инвалидов

к систематическим занятиям физической
культурой и спортом. Занятия спортивной
деятельностью важны не только как
средство укрепления здоровья, поддержания
оптимального уровня двигательной
активности, функциональных резервов
организма, нормализации эмоционального и
психического статуса, но также являются
ведущим фактором в социализации
инвалидов в современном обществе.







Неотъемлемой и важнейшей составляющей, определяющей высокую результативность проводимых восстановительно-реабилитационных мероприятий, является физическая реабилитация, которую осуществляют отделения лечебной физкультуры и водолечения, аппаратной физиотерапии и медицинского массажа. Отделения в своей работе тесно взаимодействуют с другими структурными подразделениями Центра. При этом подбираются рациональные сочетания перечисленных методов с соблюдением принципа минимальной достаточности. Физический аспект реабилитации включает использование самых разнообразных технологий лечебной физкультуры (ЛФК): лечебная гимнастика (ЛГ) групповая и индивидуальная в залах кинезотерапии и бассейнах (гидрокинезотерапия)

с использованием различных ортопедических приспособлений; постизометрическая релаксация мышц; тракционное воздействие в воде; механотерапия и различные тренажёры, включая тренажерные комплексы самого современного уровня. С помощью метода электромиографической компьютерной биологической обратной связи проводится как тренировка отдельных мышечных групп, так и оценка динамики состояния пациента. Применяются аппаратная физиотерапия и различные водолечебные души и ванны, включая бальнеотерапевтические, различные виды медицинского массажа,







Врожденная косолапость по частоте занимает одно из первых мест среди заболеваний опорно-двигательной системы.

По данным отечественных и зарубежных авторов существует ряд консервативных и оперативных методов лечения данного заболевания. Достигнуты хорошие результаты в изучении патогенеза и лечения врожденной косолапости.

Врожденная косолапость – заболевание, которое склонно к рецидивированию, в связи с чем, в комплексное лечение обязательно необходимо включить реабилитационные мероприятия, которые сведут к минимуму вероятность возникновения рецидивов и позволят снизить необходимость использования оперативных вмешательств.



При реализации реабилитационных программ основной задачей является достижение максимально возможного положительного результата, который определяется не только степенью тяжести заболевания или повреждения, но и во многом, организацией процесса восстановительно-реабилитационных мероприятий. Обязательными условиями медицинской реабилитации служат: изучение всех индивидуальных параметров пациента (пол, возраст, соматический статус, род занятий и др.), составление индивидуальных реабилитационных программ с прогнозированием модели конечного результата, комплексный подход и преемственность в ходе восстановительного лечения. Эффективность медицинской реабилитации при патологии ОДА на протяжении длительного времени достигает 89,3–92,1%.

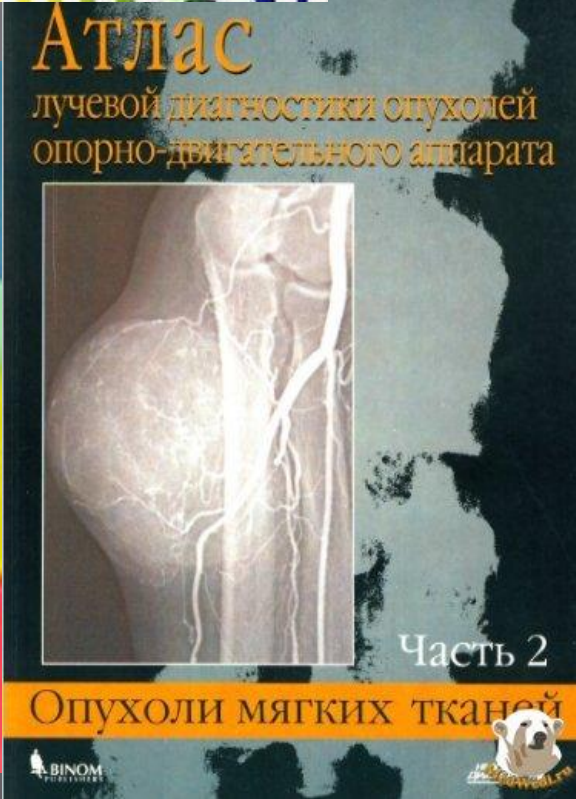


Острая кривошея – самое распространённое патологическое состояние, которое встречается в неотложной детской вертебрологии. Так в Санкт-Петербурге больные с этой патологией занимают одну шестую часть коечного фонда специализированных детских травматологических стационаров. Средняя продолжительность госпитализации таких пациентов составило 5 дней. Основным методом лечения данного вида больных до сего дня являлось петельное вытяжение на петле Глиссона. Данный метод лечения имеет множество недостатков, среди которых строгий постельный режим, который плохо переносится детьми, что затягивает сроки их выздоровления



В настоящее время процессы реабилитации являются предметом исследования специалистов многих отраслей научного знания. Психологи, социологи, педагоги, социальные психологи и т. д. вскрывают различные аспекты этого процесса, исследуют механизмы, этапы и стадии, факторы комплексной реабилитации. Публикуется большое количество научных трудов

Проблемы инвалидов затрагивают не только их личные интересы, но и интересы их семьи, а зависят от уровня жизни общества и множества других социальных факторов, можно констатировать, что и само по себе разрешение проблем инвалидов находится в общенациональной плоскости, во многом определяя сущность социальной политики государства.



В условиях рыночной экономики государство является гарантом социальной защищенности населения и развития социальной сферы. К тому же оно берет на себя основную долю финансирования здравоохранения. Выполнение обязательств по Программе государственных гарантий осуществляется за счет бюджетных средств разных уровней и фондов обязательного медицинского страхования (ФОМС). Из средств государственного социального обеспечения выплачиваются пенсии по инвалидности. Следовательно, снижение численности детей-инвалидов, а значит, и затрат на медико-социальное их обеспечение приносит реальную экономию государственных средств. Такой подход к определению экономических убытков от инвалидности позволяет реально оценивать и затраты государства на проведение мероприятий по оптимизации медико-социального обслуживания изучаемого контингента, и экономическую эффективность выполнения различных целевых

Помогите мне обнять
МИР!



inva-life.ru

От родителей и педагогов требуется предельно внимательное отношение к душевному состоянию ребенка, всесторонняя помощь в решении его проблем и психологическая поддержка в трудных ситуациях. Ребенок инвалид ни в коем случае не должен чувствовать дефицит общения и любви, поэтому, родители обязательно должны способствовать общению своего ребенка со сверстниками и сами давать ему как можно больше внимания и заботы.

Также, большое внимание нужно уделить развитию талантов и способностей такого ребенка, ведь это поможет ему в будущем найти любимое дело, в котором он сможет самореализоваться, почувствовать себя самостоятельным, самодостаточным и нужным другим



Литература:

1. Постановление Правительства РФ «Об утверждении порядка воспитания и обучения детей-инвалидов на дому и в негосударственных образовательных учреждениях» № 861 от 18.07.1996 г. (ред. от 01.02.2005).
2. Постановление Правительства РФ «Об обеспечении формирования доступной для инвалидов среды жизнедеятельности» №927 от 12.08.1994 г.
3. Абрамов, В. И. Опорно-двигательная система человека.-М.: Изд-во «Чистые пруды», 2008. -267 с.
4. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. М. Владос. 2004.-360 с.
5. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. М. Владос. 2004.-298 с.
6. Алферова Т.С., Потехина О.А. Основы реабилитологии.-М.: Проспект, 2006.-280 с.
7. Андреева О.С. Принципы формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида и медико-социальная экспертиза. №4. 2000. -16 с.
8. Бабкин Н.И. Основы социально-педагогической реабилитации лиц с ограниченными возможностями // Развитие социальной реабилитации в России. М., 2000. 216 с.
9. Булыгина О. Н. Оздоровление и реабилитация детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в условиях школы-интерната // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития, 2004. - № 4. -22 с.

fish-club.net>news/games/festival_fishing