



## П Р И К А З

от 18.11.2003

г.Гродно

№ 465

### 1. О совершенствовании медицинской реабилитации детей с перинатальным поражением нервной системы

По Гродненской области количество детей-инвалидов, состоящих под наблюдением в ЛПУ за три предыдущих года, увеличилось на 17,7 % (с 2252 до 2739). Уровень инвалидности среди заболеваний нервной системы и органов чувств составил 41 %, а психические расстройства – 20,1 %. Внедрение с 1997 года в Гродненской области системы равноуровневого перинатального ухода, определило выделение клинико-реабилитационных групп детей с перинатальным поражением нервной системы.

Дальнейшее развитие это направление получило в приказе УЗО № 64 от 16.02.2002 г. «О совершенствовании системы медицинской реабилитации детей-инвалидов и больных в Гродненской области» определившем современную технологию организации реабилитации детей-инвалидов в зависимости от возраста и требований медицинской реабилитации.

В целях максимального рационального использования реабилитационного фонда учреждений здравоохранения области для детей с перинатальным поражением нервной системы и улучшения взаимодействия между лечебно-реабилитационными структурами области в процессе организации реабилитации больных детей психоневрологического профиля, улучшения доступности специализированной помощи и снижения детской инвалидности  
УТВЕРЖДАЮ:

1. Схему организации службы медицинской реабилитации детей с перинатальным поражением нервной системы (приложение № 1).
2. Инструкцию по проведению медицинской реабилитации детей с перинатальным поражением нервной системы (приложение № 2).

3. Показания к госпитализации на реабилитационные койки неврологического отделения Гродненской областной детской клинической больницы (приложение № 3).

4. Показания к направлению на реабилитацию в Гродненский городской центр медицинской реабилитации детей-инвалидов и больных детей психоневрологического профиля (ГЦМРДИ и Б) (приложение 4).

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Главным врачам гор(рай) ТМО; главному врачу ГОДКБ (Стрижак А.А.), главному врачу ГЦМРДИ и Б (Колета Г.М.):

1.1. Организовать оказание медицинской помощи детям с перинатальным поражением нервной системы согласно прилагаемой схемы.

1.2. Обеспечить медицинское наблюдение и проведение реабилитации детей с отклонениями нервно-психического развития в связи с перинатальным поражением согласно прилагаемой инструкции.

2. Главным врачам гор(рай) ТМО:

2.1. Своим приказом определить ответственных специалистов за проведение диспансерного наблюдения за детьми с перинатальным поражением нервной системы, порядок направления их на обследование, лечение и реабилитацию в подведомственном учреждении и на вышестоящий уровень.

2.2. Обеспечить максимальный учет всех больных детей с перинатальным поражением нервной системы, направление на реабилитацию в соответствии с показаниями и контроль за ее проведением на базе учреждений здравоохранения (ОМР ЛПУ, неврологическое отделение ГОДКБ, ГЦМРДИ и Б) центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации.

2.3. Сведения о детях с перинатальным поражением нервной системы, состоящих на диспансерном наблюдении в подведомственном учреждении, результаты МР передавать в оргметодкабинет ГОДКБ для создания банка данных 1 раз в полугодие. Срок до 15 числа последующего месяца.

2.4. Проводить анализ эффективности диспансеризации данного контингента детей согласно многоуровневой системы реабилитации, с предоставлением информации главному внештатному специалисту УЗО по детской невропатологии Фаддеевой И.И. 1 раз в полугодие в срок до 15 числа последующего месяца.

3.0. Главному врачу ДОКБ г. Гродно Стрижаку А.А.:

3.1. На базе оргметодкабинета ГДОКБ создать банк данных о детях, имеющих перинатальное поражение нервной системы и находящихся на диспансерном наблюдении в ЛПУ Гродненской области, с целью определения контингента нуждающихся в прохождении медицинской

реабилитации в неврологическом отделении ГОДКБ и городском центре реабилитации детей-инвалидов и больных психоневрологического профиля и контроля за распределением потоков больных.

4.0. Главному внештатному специалисту УЗО по детской невропатологии Фаддеевой И.И.:

4.1. Осуществлять консультативный прием детей с патологией нервной системы в сложных диагностических случаях с целью коррекции лечебно-реабилитационного процесса и решения вопроса о необходимости дальнейшего обследования и лечения в республиканском центре детской неврологии.

4.2. Оказывать организационно-методическую помощь по повышению профессиональных знаний неонатологов, педиатров и невропатологов по оказанию медицинской помощи детям с перинатальным поражением нервной системы и улучшению взаимодействия между специализированными лечебно-реабилитационными структурами.

4.3. Проводить анализ и контроль за качеством организации неврологической помощи детям в ЛПУ Гродненской области, оценку функционирования разноуровневой системы реабилитации с предоставлением аналитического отчета по курируемой службе в управление здравоохранения ежегодно в срок до 25.01. последующего года.

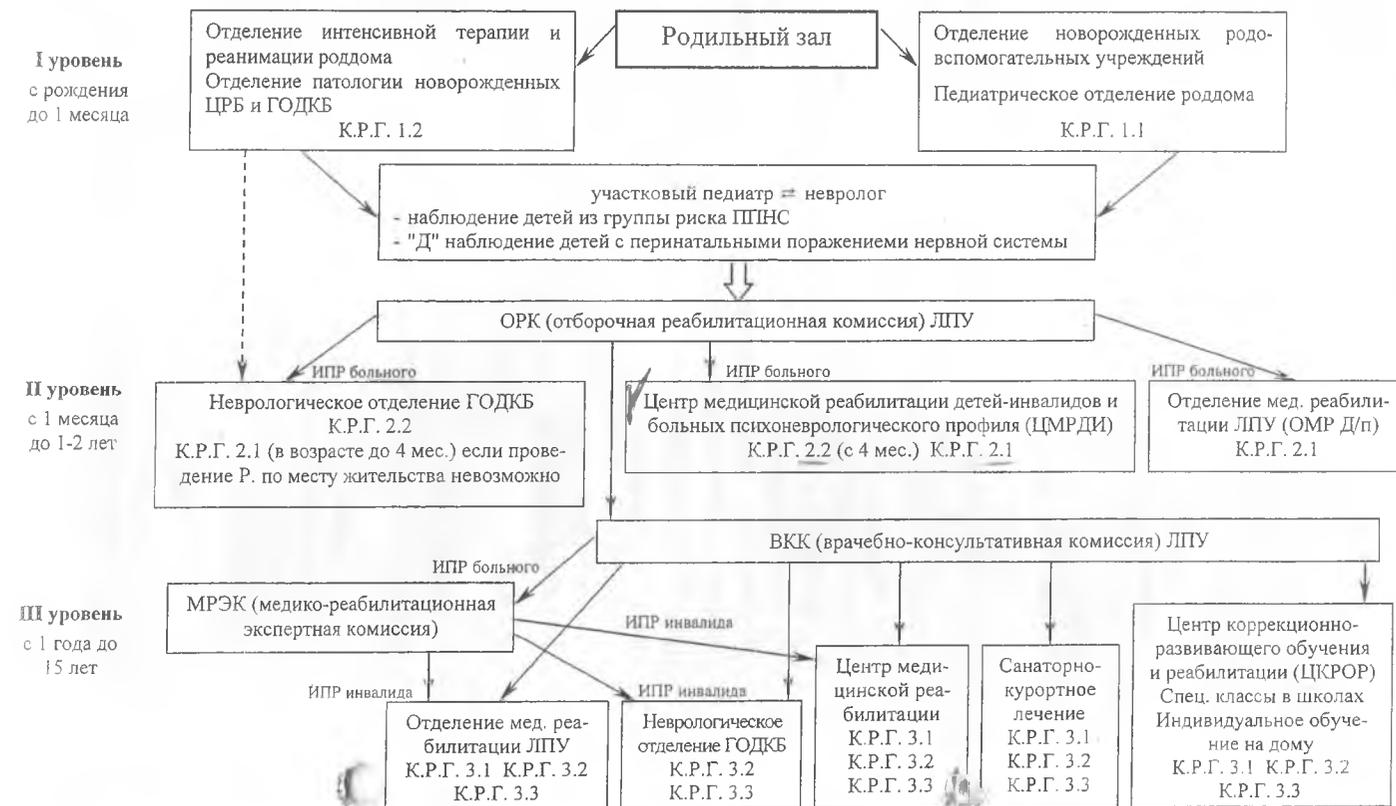
5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на главного неонатолога управления Трохимик О.В., главного специалиста по реабилитации Севко А.Р.

Начальник управления

Трохимик О.В.  
МЛ 05.11.2003

Р.А. Часнойть

Схема организации службы медицинской реабилитации детей с перинатальными поражениями нервной системы



## ИНСТРУКЦИЯ

по проведению медицинской реабилитации детей  
с перинатальным поражением нервной системы

Целью реабилитации является преодоление и смягчение инвалидности, если она уже возникла, или ее предупреждение при заболеваниях, создающих потенциальную реальную угрозу инвалидности.

Реабилитация показана детям с перинатальными поражениями нервной системы, начиная с момента возникновения инвалидизирующего заболевания, в периоде его программирования, а также после установления инвалидности, а также после установления инвалидности.

Многообразие контингентов, подлежащих реабилитации, проведение реабилитации в разные периоды заболевания и инвалидности, на разных этапах медицинской помощи (стационарном, амбулаторном, санаторном) выделение разных этапов реабилитации, медицинской (МР), медико-профессиональной (МПР), педагогической (ПР) и социально-бытовой (СР), создает необходимость разделения реабилитируемых на клинико-реабилитационные группы (КРГ) и уровни.

### 1 уровень

**КРГ-1** – группа ранней реабилитации включает больных в остром периоде (до 1 месяца) перинатальных поражений нервной системы (ППНС).

**Место проведения:** ЛПУ города, области (роддом, ДОКБ, (ОМР) – отделения МР детских поликлиник).

**Цель М.Р.** – преодоление или уменьшение тяжелых последствий ППНС, предупреждение осложнений, хронизации патологий.

Больные КРГ-1 в зависимости от степени тяжести проявления инвалидизирующих последствий дифференцируются на 2 подгруппы.

**КРГ-1.1.** – подгруппа ранней реабилитации – включает больных с легкой (синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости) и средней степенью тяжести поражения ЦНС.

Это самая многочисленная КР – подгруппа. Решающим условием ее формирования является ранняя диагностика (с рождения до 1 месяца).

**Место проведения:** роддом, детская больница, ОМР детских поликлиник.

Задачи МР – профилактика возникновения последствий болезни на органном уровне, предупреждение прогрессирования заболевания.

**КРГ-1.2.** – подгруппа больных с тяжелой степенью поражения ЦНС (синдром комы и прекомы на фоне внутричерепной родовой травмы, тяжелой асфиксии, синдром угнетения ЦНС, судорожный синдром).

**Место проведения Р.** – отделение интенсивной терапии и реанимации роддома, отделения патологии новорожденных детской больницы, что позволяет проводить дифференцированные методы интенсивной терапии, направленные на нормализацию метаболических, гематологических показателей, компенсацию дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточности, коррекцию неврологических нарушений; с последующим переводом для дальнейшего лечения в педиатрическое отделение роддома или отделение патологии новорожденных детской больницы, что определяется тяжестью неврологических нарушений, сопутствующими заболеваниями, сроками гестации, в зависимости от компенсации функций и веса (до одного месяца и более).

В штате отделения патологии новорожденных ОДКБ имеется невролог, что позволяет проводить раннюю диагностику и дифференцированную терапию у больных с неврологическими нарушениями. Отделение оснащено современной аппаратурой контроля за состоянием больного, диагностики патологии нервной системы, проведение интенсивной терапии и выхаживания недоношенных. Широко используется лабораторная диагностика, консультации узких специалистов.

Задачи М.Р. – максимально возможное восстановление функций, предупреждение осложнений и хронизации патологии, восстановление жизнедеятельности.

**КРГ-1.2** - является лечебно-реабилитационной. Раннее начало способствует более благоприятному течению заболевания и выработке установки на активную реабилитацию в последующем.

Реабилитация клинических задач и социального эффекта в ранней фазе реабилитации у больных КРГ-1.2 достигается редко, чаще больные переходят на 2-ой этап реабилитации больного в КРГ-2.

## 2 уровень

**КРГ-2** - группа Р. больных с перинатальными поражениями в раннем и позднем восстановительном периоде, у которых уже появились нарушения на органном уровне и возникла потенциальная или реальная угроза инвалидности. Эта группа является чисто реабилитационной, начинается после возникновения последствий болезни.

**Место проведения М.Р.** – неврологическое отделение детской больницы, реабилитационные отделения детских поликлиник (1-2 месяцев) центр мед. реабилитации детей-инвалидов и больных –

(ЦМРДиБ) (с 4 месяцев до 1-2 лет). В неврологическое отделение ОДКБ поступают дети из отделения патологии новорожденных или направляются из детских поликлиник неврологами при первичном выявлении больного с ППНС для уточнения диагноза и проведения стационарного курса реабилитации согласно разработанному индивидуальному плану М.Р.

В стационаре проводится комплексное (клиническое, электроэнцефалографическое, нейрорентгенологическое, биохимическое, цитогенетическое, нейросонографическое) обследование с целью выявления основных неврологических синдромов и сопутствующих расстройств, важных для ранней дифференциальной диагностики, проведения М.Р.

Восстановительное лечение направлено на максимальную компенсацию нарушений и предупреждение развития тяжелых изменений в нервной системе. Оно включает медикаментозную терапию, массаж, ЛФК, физиотерапию, ортопедическую коррекцию. Длительность курса реабилитации 3-4 недели, курсы повторяются через 1-3 месяца в зависимости от тяжести поражения ЦНС.

В отделении с ребенком находится один из родителей, который за это время осваивает приемы лечебного ухода и тренировки психомоторных функций для продолжения реабилитации в домашних условиях.

После выписки из стационара ребенок с ППНС продолжает лечение в амбулаторных условиях, в реабилитационном отделении поликлиники под наблюдением невролога и реабилитолога, которые проводят диспансерное наблюдение, корректируют план М.Р. в зависимости от динамики двигательных, речевых, психических функций определяют необходимость направления на МРЭК.

В ОМР детских поликлиник используются традиционные методы М.Р., физиотерапия, ЛФК, массаж, ИРТ.

Центр медицинской реабилитации детей-инвалидов и больных психоневрологического (ЦМРДИ и Б) принимает на реабилитацию в возрасте от 4 месяцев до 15 лет. В центре работают врачи (невролог, психиатр, реабилитолог, физиотерапевт, ортопед, иглорефлексотерапевт, психотерапевт, врач по ЛФК) воспитатели, логопед, музыкальный работник, инструктора по трудовому воспитанию ЛФК, что позволяет проводить широкий круг реабилитационных мероприятий, направленных на медицинскую, педагогическую, психологическую и социально-бытовую реабилитацию. Для М.Р. применяется физиолечение (теплотерапия, вибромассаж, электрофорез, ультразвук, электростимуляция, магнитотерапия, УВЧ, УФО, д'арсонвализация, ЛФК,

Бобат- терапия, методика Текгорюса, Дикуля и др., массаж классический, сегментарный. Длительность лечения в среднем 40 дней.

**Цель М.Р.** – профилактика инвалидности в условиях ее угрозы или снижения тяжести возможной инвалидности.

Для проведения Р. больных КРГ-2 составляется ИПР больного его лечащим врачом или реабилитологом – специалистом с использованием медикаментозной, физической Р., привлечением к процессу Р. родителей ребенка по непрерывно-курсовому варианту. (Курсы в ЛПУ 3-6 раз в год и непрерывная Р. в домашних условиях). Дифференциация больных КРГ-2 на 2 подгруппы проводится с учетом тяжести проявления инвалидизирующих последствий или угрозы инвалидности.

**КРГ-2.1.** – подгруппа больных с легкими двигательными нарушениями, легкой задержкой психомоторного развития, без сопутствующих синдромов с нарушением функций, которые еще не привели к ограничению жизнедеятельности.

**Место проведения МР:** ОМР ЛПУ города, области (с 1 мес.), ЦМРДИ и Б (с 4 мес.), неврологическое отделение ГОДКБ (если проведение Р. по месту жительства невозможно).

**Задачи МР** – полное или частичное – функциональное восстановление, стабилизации нарушенных функций или их компенсация, предупреждение прогрессирования.

Длительность Р. от нескольких недель до 1-2 лет.

**КРГ-2.2.** – подгруппа больных с выраженными двигательными нарушениями, грубой задержкой психомоторного развития, судорожным и гидроцефальным синдромом в стадии суб- и декомпенсации в возрасте с 1 месяца до окончания восстановительного периода (1 года) или освидетельствования на МРЭК.

**Место проведения:** неврологическое отделение ГОДКБ.

**Задачи М.Р.:** смягчение выраженности нарушенных функций, преодоление ограничения жизнедеятельности, предупреждении прогрессирования последствий ППНС.

Р. проводится по непрерывно-курсовому варианту. При низком Р.П. (реабилитационный потенциал) у больного, курс Р. проводится 2-3 месяца до направления на МРЭК и перевода в КРГ-3.

**3 уровень:**

**КРГ-3** – фаза реабилитации инвалида включает больных детей с остаточными явлениями ППНС (ДЦП, МЦД, ЗППР) после окончания восстановительного периода. Р. этап больных начинается после установления инвалидности на МРЭК и составление ИПР инвалида.

**Место проведения:** неврологическое отделение ДБ, ЦМРДИ и Б, ОМР, ЛПУ, специализированные ДДУ, вспомогательные классы для детей

с задержкой психического развития (ЗПР), речевыми нарушениями, санатории.

На базе неврологического отделения ГОДКБ, на третьем этапе, МР проводится детям с остаточными явлениями ППНС. В возрасте от 1 года до 3-5 лет. В случае необходимости переосвидетельствования на МРЭК больные поступают в любом возрасте.

Основным специализированным подразделением на этом этапе является ЦМРДИ и Б, куда поступают дети с последствиями НС, в том числе и ДЦП в возрасте с 3 до 15 лет на курсы реабилитации по путевкам центра без родителей. Медицинская, педагогическая, психологическая и социально-бытовая МР. проводится индивидуальным или групповым методом курсами около 45 дней.

Оказание реабилитационной помощи в условиях ОМР детских поликлиник проводится как и во второй фазе, с применением физических методов МР, под контролем неврологов, реабилитолога, педиатра с подключением др. специалистов.

Поликлиническое звено выполняет координационную функцию, определяя необходимость проведения Р. в другом подразделении и направляет на МРЭК. Санаторный курс лечения занимает особое место в МР на третьем этапе и начинается с возраста – 3 лет. Специализированные ДДУ и спец. школы для детей с особенностями психофизического развития, Центр коррекционно-развивающего обучения и реабилитации является необходимым звеном для продолжения социально-бытовой и педагогической Р.

Дифференциация инвалидов КРГ-3 на подгруппы проводится в зависимости от РП, темпов восстановления двигательных и речевых функций, возможности самообслуживания передвижения, соц. адаптации. Выделяется 3 подгруппы.

**КРГ 3.1.** – больные с легкой степенью тяжести ППНС (ДЦП – 1-й степени), инвалиды с высоким РП, у которых возможно значительное восстановление функций, а последствия болезни появляются только на уровне органа.

Критерием эффективности Р. в данной группе служит полная или частичная Р.

**КРГ 3.2.** – инвалиды со средним РП (ДЦП 2-й степени тяжести и др. заболевания), у которых возможно частичное восстановление функций или компенсации с помощью технических средств. Они нуждаются в активной МР, ПР, СР. Критерием эффективности Р. является уменьшение степени тяжести или снятие инвалидности.

**КРГ 3.3.** – инвалиды с низким РП. (ДЦП 3-й степени тяжести и др. заболевания), нуждающиеся в медицинской, социально-бытовой Р., снабжении техническими средствами передвижения, адаптации жилья.

Эффективная Р. может привести к уменьшению тяжести инвалидности, достижению частичной независимости больного от посторонней помощи, расширению рамок социально-бытовой активности с помощью технических средств.

Главный внештатный специалист УЗО  
по детской неврологии



И.И. Фаддеева