

УДК 616.8 – 053.2 – 036.83

АЛГОРИТМ ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА

Е.В. Онегин, к.м.н., доцент

Кафедра неврологии

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В статье предлагается система по организации медицинской реабилитации детей с перинатальными поражениями нервной системы с выделением фаз медицинской реабилитации, позволяющей реализовать принцип раннего начала ее и непрерывность. Приведено разделение больных на клинореабилитационные группы с определением конкретных целей, задач, видов и сроков медицинской реабилитации, дифференцированной оценкой результативности по клиническим и социальным показателям в каждой из них, что придает отчетности службы реабилитации более конкретный характер и повышает ее эффективность.

Ключевые слова: реабилитация, перинатальная патология нервной системы.

In this article we offer an algorithm on how to organize medical rehabilitation of children with perinatal defects of the nervous system which identifies the phases of medical rehabilitation and allows to realize a principle of its early beginning and continuity. Separation of patients into clinicorehabilitation groups, with definition of specific goals, tasks, kinds and terms of medical rehabilitation is given. The differential estimation of the results on clinical and social parameters in each of these groups gives to the reporting of the rehabilitation service a more concrete character and raises its efficiency.

Key words: rehabilitation, perinatal pathology of nervous system.

Приоритетным направлением здравоохранения Республики Беларусь в 90-ые годы стало развитие реабилитации [2, 3]. Целью реабилитации является преодоление и смягчение инвалидности, если она уже возникла, или ее предупреждение при заболеваниях, создающих потенциальную или реальную угрозу инвалидности. Исходя из этих целей, реабилитация показана детям с перинатальными поражениями нервной системы, начиная с момента возникновения инвалидизирующего заболевания и в периоде его прогрессирования, и инвалидам как в первые годы возникновения инвалидности, так и в поздние сроки [1, 5, 8].

Теоретической основой медицинской реабилитации (МР) является концепция последствий болезни, разработанная экспертами ВОЗ и представленная как дополнение к IX пересмотру Международной статистической классификации болезней в виде «Международной классификации нарушений, ограничений трудоспособности и социальной недостаточности» [6]. Концептуальная модель последствий болезни позволяет наметить три цели и три точки приложения реабилитации: воздействие на первый уровень последствий – восстановление функции, на второй, организменный, – восстановление критериев жизнедеятельности, и на третий уровень – социальное восстановление больного [3, 4, 9].

Мы поставили перед собой цель: выделить клинореабилитационные группы (КРГ) больных с

перинатальными поражениями нервной системы, объединяемые едиными целями и задачами медицинской реабилитации и сходными клиническими и социальными критериями оценки ее эффективности (стандартами качества) [4, 7, 8]. Исходя из концепции медицинской реабилитации, принятой в Беларуси [3], с учетом периода развития заболевания по классификации перинатальных поражений нервной системы (ППНС) [10] и степени тяжести детских церебральных параличей (ДЦП) [5] в качестве критериев разделения реабилитируемых на группы выделены следующие признаки: 1. Фазы (периоды) медицинской реабилитации: ранняя фаза реабилитации, фаза реабилитации больного, фаза реабилитации инвалида. 2. Выраженность последствий и уровень их проявления с учетом концепции последствий болезни: органичный, организмальный и социальный. 3. Место проведения реабилитации – в лечебно-диагностических службах (акушерство и гинекология, неврология, неонатология) или в службе реабилитации (отделения медицинской реабилитации, центры реабилитации) с заполнением индивидуальной программы реабилитации (ИПР). 4. Контингент реабилитируемых – больные с перинатальными поражениями ЦНС или ДЦП, что определяет место заполнения ИПР (лечебно-диагностические учреждения или МРЭК), форму бланка программы реабилитации (ИПР больного или ИПР инвалида) и этапы реабилитации – медицинская и социально-трудовая реа-

билитация для больного и медицинская, медико-профессиональная и социально-бытовая реабилитация инвалида.

Первым критерием формирования КРГ явилась фаза (период) реабилитации, в соответствии с которой выделены три основные КРГ: группа ранней реабилитации (1 КРГ), группы реабилитации больных (2 КРГ) и реабилитации инвалидов (3 КРГ). В каждой КРГ выделено 2-3 подгруппы с учетом дополнительных признаков, различных для каждой КРГ.

КРГ-1 – группа ранней реабилитации - включает больных в остром периоде (до 1 месяца) ППНС. Место проведения реабилитации - лечебно-профилактические учреждения города (роддом, детская областная клиническая больница), специализированные отделения. Цель МР – преодоление или смягчение инвалидизирующих последствий ППНС, предупреждение проявления или прогрессирования последствий болезни на органном уровне (первичная профилактика инвалидности). Этот этап рассматривается как профилактический. Социальная эффективность: профилактика остаточных явлений ППНС (оптимальный эффект); предупреждение инвалидности (хороший эффект); снижение тяжести инвалидности (удовлетворительный эффект). МР интегрируется в схему интенсивной терапии и включает медикаментозную и физическую реабилитацию. Реабилитация больных КРГ-1 входит в компетенцию и обязанности лечащих врачей, которые проводят ее в комплексе с лечебной работой. КРГ-1 – самая массовая группа с высокой потребностью в реабилитации. Если реабилитация осуществляется лечащими врачами в комплексе с лечением, индивидуальный план реабилитации не заполняется, а в медицинской карте стационарного больного составляется план реабилитации. Вид МР – курсовая. Больные КРГ-1 дифференцируются на 2 подгруппы в зависимости от степени тяжести проявления инвалидизирующих последствий. Обе подгруппы принципиально отличаются друг от друга.

КРГ-1.1 – подгруппа больных с тяжелой степенью поражения ЦНС (синдром комы и прекомы), с максимальной выраженностью инвалидизирующих последствий, проявляющихся в ранней фазе заболевания. Место проведения реабилитации – стационарный этап медицинской помощи (отделение интенсивной терапии и реанимации роддома, отделение патологии новорожденных детской больницы). Реабилитация интегрируется в программу интенсивной терапии больного. Новорожденных с тяжелыми нарушениями в первые часы переводят в отделение реанимации и интенсивной терапии. Здесь проводят дифференцированные

методы интенсивной терапии в течение нескольких часов или суток с последующим переводом для дальнейшего лечения в педиатрическое отделение роддома или отделение патологии новорожденного детской больницы (ДБ), что определяется тяжестью неврологических нарушений, сопутствующими заболеваниями, сроками гестации. В штате отделения патологии новорожденного ДБ имеется детский невролог, что позволяет проводить раннюю диагностику и дифференцированную терапию у больных с неврологическими нарушениями, с последующим их динамическим наблюдением. На данном этапе использование физических методов ограничено возрастом, тяжестью состояния и соматическими осложнениями больного. Таким образом, КРГ-1.1 является лечебно-реабилитационной. Раннее начало реабилитации способствует более благоприятному течению заболевания и выработке установки на активную реабилитацию в последующем. Цель реабилитации – преодоление или смягчение инвалидизирующих последствий ППНС. Задачи МР – максимально возможное восстановление функций (последствий на органном уровне); предупреждение осложнений и хронизации патологии, восстановление жизнедеятельности (последствий на организменном уровне). Реализация клинических задач и социального эффекта в ранней фазе реабилитации у больных КРГ-1.1 достигается редко, чаще больные этой подгруппы переходят в КРГ-2 – фазу реабилитации больного с достижением оптимального и хорошего эффекта в этой фазе или (реже) переходом в КРГ-3 при возникновении признаков стойких двигательных нарушений и инвалидности. Продолжительность пребывания больного в КРГ-1.1 варьирует от нескольких дней в отделении интенсивной терапии и реанимации роддома до 1 мес. и более (в зависимости от компенсации функций) в отделении патологии новорожденных ДБ. Вариант реабилитации – повторно-курсовой.

КРГ-1.2 – вторая подгруппа ранней реабилитации - включает больных со 2 и 1 степенью тяжести поражения ЦНС [5, 10]. Решающим условием ее формирования является ранняя диагностика, позволяющая реализовать один из основных принципов МР – раннее начало реабилитации. Место проведения МР – стационары города (роддом, детская больница), исполнители - лечащие врачи. Цель реабилитации у больного КРГ-1.2 – предупреждение инвалидности: первичная ее профилактика, которая начинается после возникновения инвалидизирующего заболевания (т.е. на уровне вторичной профилактики заболевания). Задачи МР у больных КРГ-1.2 – профилактика возникновения последствий болезни на органном уровне (наруше-

нии функции), предупреждение их прогрессирования, которое может привести к ограничению жизнедеятельности. Социальная эффективность: оптимальный или хороший эффект. Вариант реабилитации – курсовая или непрерывно-курсовая. Непрерывность достигается продлением курса реабилитации в домашних условиях, задания на дом рассчитываются на 3-6 мес. с последующим контролем в лечебно-диагностические учреждения или проведением там повторного курса МР и коррекции домашнего задания. Медицинская реабилитация больных КРГ-1.2 проводится без заполнения индивидуальной реабилитационной карты больного, программа вносится в медицинскую карту.

КРГ-2 – группа реабилитации больных с перинатальными поражениями ЦНС в восстановительном периоде с синдромом двигательных расстройств, гипертензионно-гидроцефальным, судорожным или задержкой психомоторного развития, у которых уже проявились явные инвалидизирующие последствия на органном уровне и возникла потенциальная или реальная угроза инвалидности. Вторая КРГ является чисто реабилитационной и обозначена как «группа реабилитации больного», ибо собственно реабилитация, с использованием широкого спектра ее методов начинается после возникновения последствий болезни. Место проведения МР – неврологическое отделение ДБ, реабилитационные отделения детских поликлиник, центр медицинской реабилитации больных и инвалидов (ЦМРДИ и Б).

В неврологическое отделение ДБ дети с ППНС поступают из отделения патологии новорожденно-го или направляются из детских поликлиник невропатологами при первичном выявлении для уточнения диагноза и проведения стационарного курса лечения или для очередного курса согласно разработанному индивидуальному плану реабилитации. В отделении больные с ППНС ведутся врачами неврологами и реабилитологом с разработкой индивидуальной программы реабилитации, заполнением индивидуальной реабилитационной карты при поступлении и выписке на каждого реабилитанта. Восстановительное лечение направлено на максимальную компенсацию нарушений и предупреждение развития тяжелых изменений в нервной системе, лежащих в основе церебральных параличей. Оно включает медикаментозную терапию, специально разработанные комплексы ЛФК, массажа, физиотерапии, аппаратные методики, ортопедическую коррекцию. В отделении с ребенком всегда находится один из родителей, который за это время осваивает приемы лечебного ухода и тренировки психомоторных функций для продолже-

ния реабилитации в домашних условиях. Длительность курса лечения 3-4 недели с интервалом в 1-3 месяца в зависимости от тяжести поражения.

После выписки из стационара ребенок с ППНС продолжает лечение в амбулаторных условиях в реабилитационном отделении под наблюдением врача-невролога и реабилитолога, которые проводят диспансерное наблюдение, пересматривают и корректируют план МР в зависимости от динамики двигательных, речевых и психических функций, осуществляют связь со стационаром, определяют необходимость повторного стационарного лечения, направления на МРЭК. В реабилитационных отделениях используются традиционные методы МР: физиотерапия, ЛФК, массаж, ИРТ и др. Центр медицинской реабилитации больных и инвалидов со стационарным отделением и дневным стационаром предназначен для больных с ППНС и ДЦП в возрасте от 4 месяцев до 15 лет. В центре работают врачи, воспитатели, логопед, музыкальный работник, инструктора (по трудовому обучению, ЛФК) и др., что позволяет проводить широкий круг реабилитационных мероприятий, направленных на медицинскую, педагогическую, психологическую и социально-бытовую реабилитацию. Для МР применяется физиолечение, ЛФК, массаж (классический, сегментарный). Длительность лечения - 45 дней.

Цель МР – профилактика инвалидности в условиях ее угрозы и снижение тяжести возможной инвалидности. Для проведения реабилитации больных в КРГ-2 составляется ИПР больного. Программу разрабатывает и заполняет лечащий врач либо реабилитолог. В обоих случаях на заседании реабилитационной комиссии программа корректируется. Профилактика инвалидности в этой подгруппе наиболее эффективна. При этом МР у больных КРГ-2 включает медикаментозную и физическую реабилитацию.

Немаловажное место в МР больных КРГ-2 занимают «образовательные» или «просветительные» программы, так называемые «школы», целью которых является привлечение родителей больных к участию в лечебно-реабилитационном процессе [1, 7, 9]. В школе родителей больного знакомят с особенностями заболевания, факторами риска, методами диагностики и лечения, возможными осложнениями и обучают методам ЛФК, активной кинезотерапии и другим реабилитационным воздействиям. Школы работают по групповому и индивидуальному методу. Обучение родителей больного позволяет проводить профилактику возникновения и прогрессирования инвалидизирующих последствий заболевания по непрерывному варианту со снижением нагрузки на лечебно-профиллак-

тические учреждения. После обучения реабилитация проводится по непрерывно-курсовому варианту (курсы реабилитации в лечебно-профилактических учреждениях 1-6 раз в году и непрерывная реабилитация в домашних условиях). При проведении образовательной программы составляется коллективная программа обучения.

Дифференциация больных КРГ-2 на 2 подгруппы проводится с учетом уровня проявления инвалидизирующих последствий и угрозы инвалидности.

КРГ-2.1 – подгруппа больных в позднем восстановительном периоде с негрубыми двигательными нарушениями, не требующими медикаментозной коррекции, и легкой задержкой психомоторного развития (последствиями на уровне органа) без сопутствующих синдромов, с нарушением функции, которые еще не привели к ограничению жизнедеятельности или нарушают ее в незначительной степени (потенциальная угроза инвалидности). Цель реабилитации - предупреждение инвалидности на уровне вторичной ее профилактики. Задачи МР – функциональное восстановление (полное, частичное), стабилизация нарушенных функций или их компенсация с помощью медико-технических средств, предупреждение прогрессирования органических последствий и их перехода на организменный уровень (ограничение жизнедеятельности). Место проведения МР – неврологическое отделение ДБ (до 4 мес.), ЦМРИ и Б (после 4 мес.), реабилитационные отделения поликлиник. Варианты МР у больных КРГ-2.1 - непрерывно-курсовая. Исходы МР у больных КРГ-2.1 могут быть различными – от полного (частичного) функционального восстановления (компенсации), стабилизации до нарастания выраженности и уровня последствий с переходом в более тяжелые группы. Первые два исхода характеризуют медицинскую эффективность реабилитации. Продолжительность лечения может быть различной — от нескольких недель до 1-2 лет, если это необходимо для восстановления функции. Если эффект МР не достигается, больной переходит в более тяжелую подгруппу (КРГ-2.2, 3).

КРГ-2.2 – подгруппа больных с выраженными двигательными нарушениями, грубой задержкой психомоторного развития, судорожным и гидроцефальным синдромами в стадии суб- и декомпенсации, т.е. последствия ППНС не только на органном, но на организменном уровне, что создает реальную угрозу инвалидности. Здесь реабилитация – последняя мера профилактики (смягчения) инвалидности. Проведение реабилитации в периоде, предшествующем инвалидности, является обязательным, т.к. условием направления на освидетель-

ствование и экспертно-реабилитационную комиссию служит проведение всего комплекса лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий. Реабилитация проводится по непрерывно-курсовому варианту с учетом реабилитационного потенциала (РП) больного. Под РП понимают комплекс биологических и психофизических свойств человека, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные способности. Для оценки РП важно определить реабилитационный прогноз – предположительную вероятность реализации реабилитационного потенциала. При благоприятном функциональном прогнозе и высоком РП (восстановление функции) или среднем РП (группа А инвалидности) продолжительность курса реабилитации может быть увеличена до 1-2 лет. Если выясняется невозможность восстановления функции у больного (низкий РП), курс реабилитации проводится до направления на МРЭК, составляя обычно 2-3 мес. После установления инвалидности больной переводится в КРГ-3. Цель реабилитации больных КРГ-2.2 – предупреждение инвалидности на уровне третичной ее профилактики (предупреждение перехода ограничений жизнедеятельности в последствия на социальном уровне) или смягчение тяжести инвалидности. Задачи МР – смягчение выраженности нарушенных функций, преодоление (смягчение, компенсация) ограничений жизнедеятельности, стабилизация последствий (предупреждение их прогрессирования). Социальная эффективность: оптимальная – предотвращение инвалидности, хорошая – выход на А группу инвалидности (при угрозе В); удовлетворительная – выход на В группу инвалидности при восстановлении основных навыков самообслуживания. Сроки реабилитации у больных этой подгруппы до окончания восстановительного периода или до освидетельствования на МРЭК.

КРГ-3 – на фазе реабилитации инвалида, включает больных детей с остаточными явлениями ППНС (ДЦП, минимальной церебральной дисфункцией, задержкой психоречевого развития и др.) после окончания восстановительного периода. Реабилитация этих больных начинается после установления инвалидности во МРЭК, где согласно «Закону о социальной защите инвалидов в РФ» составляется ИПР инвалида, выполнение которой в лечебных и других учреждениях является обязательным [4]. Методы реабилитации: МР, социально-бытовая (СБР), педагогическая (ПР), психологическая и профессиональная. Однако МР - первый и важнейший этап реабилитации инвалидов, который начинается с момента признания больного инвалидом во МРЭК и составлением индивидуальной программы реабилитации инвалида. Мес-

то проведения – неврологическое отделение ДБ и ЦМРДИ и Б, отделения реабилитации детских поликлиник, санатории, вспомогательные классы для детей с задержкой психического и речевого развития, специализированные детские дошкольные учреждения и санатории для детей с нарушениями речи, интеллекта, опорно-двигательного аппарата.

На базе неврологического отделения детской больницы МР на 3 фазе проводится детям с остаточными явлениями ППНС, в подавляющем большинстве это больные с ДЦП в возрасте от 1 до 3-5 лет. В случае необходимости проведения переосвидетельствования на МРЭК больные поступают в любом возрасте. Медицинская реабилитация проводится по той же схеме, как на 2 фазе, с добавлением социально-бытовой реабилитации.

Основным специализированным подразделением на этом этапе медицинской реабилитации является ЦМРДИ и Б, куда поступают дети с последствиями поражений нервной системы, в том числе больные с ДЦП в возрасте от 3 до 15 лет. На этом этапе реабилитации с детьми в центре работают врачи разного профиля, воспитатели, логопед, музыкальный работник, инструкторы (по трудовому обучению, ЛФК) и др., что позволяет проводить широкий круг реабилитационных мероприятий, направленных на медицинскую, педагогическую, психологическую и социально-бытовую реабилитацию. Для МР применяется физиолечение, ЛФК, массаж, «сухой бассейн». Психологическая, педагогическая и социально-бытовая реабилитация проводятся индивидуально или групповым методом. Длительность лечения – в среднем 45 дней.

Оказание реабилитационной помощи в условиях реабилитационных отделений детских поликлиник проводится в тех же подразделениях, как во второй фазе, с преимущественным применением немедикаментозных методов МР под контролем врача невропатолога, реабилитолога и педиатра, с подключением для консультаций других специалистов. Поликлиническое звено выполняет координационную функцию на данном этапе реабилитации, определяя необходимость прохождения её в том или другом подразделении, а также направление на МРЭК.

Санаторно-курортное лечение занимает особое место в МР на 3 этапе и продолжается 1,5-2 месяца. Санатории оснащены диагностическим оборудованием, лечебной аппаратурой. Их штаты укомплектованы специалистами широкого и узкого профиля. Наряду с общепринятыми методами коррекции широко используются климато-, бальнео- и грязелечение. Большое значение в системе реабилитации придается местным санаториям.

Специализированные детские дошкольные учреждения в организации помощи детям с ДЦП, речевыми нарушениями и др., являются звеном для продолжения восстановительной терапии, начатой в стационаре или поликлинике, и закрепления достигнутых результатов. Здесь наряду со специальным лечением дети адаптируются к жизни в коллективе. В детском саду с детьми занимаются по специальным программам и готовят их к школе педагоги, воспитатели, логопеды и медицинские работники, т.е. наряду с МР проводится социально-бытовая и педагогическая. Контроль за МР проводят врачи невролог и реабилитолог региональной поликлиники.

Специальные классы для детей с задержкой психического развития, речевыми и двигательными нарушениями есть в общеобразовательных школах, где в штате имеются воспитатели, медицинские работники, логопеды, дефектологи, психологи, инструктора по трудовому обучению и др. специалисты. В их учебном плане особое место занимает производственно-трудовая подготовка. При выборе профессии учитывают двигательные, речевые и психические возможности, физическое здоровье, склонности и интересы учащихся. Это имеет важное значение для социальной адаптации детей с данной патологией.

Цель МР – социально-бытовая адаптация.

Дифференциация инвалидов в подгруппы проводится в зависимости от реабилитационного потенциала. Для формирования КРГ-3 наиболее значимым является потенциал восстановления двигательных и речевых функций. В зависимости от возможности становления социальных навыков и способности к самообслуживанию и передвижению КРГ-3 подразделяется на 3 подгруппы.

КРГ-3.1 – больные с минимальной церебральной дисфункцией, ДЦП (1 ст. тяжести) с высоким РП, у которых возможно значительное восстановление функций. Это может быть достигнуто как за счет восстановления функций, так и критериев жизнедеятельности, а последствия болезни выражены легко и проявляются только на уровне органа. Критерием эффективности реабилитации в КРГ-3.1 служит полная или частичная реабилитация.

КРГ-3.2 – больные с ДЦП (2 ст. тяжести) инвалиды группы А со средним РП, у которых возможно частичное восстановление. Больные с выраженными двигательными последствиями болезни, которые в результате реабилитации могут быть уменьшены или компенсированы с помощью технических средств, что будет способствовать частичному восстановлению функции, нуждаются в активной МР, ПР, СР. После частичного или пол-

ного восстановления социально-бытовой активности присоединяется профессиональная реабилитация. Критерием эффективности реабилитации больных КРГ-3.2 служит снятие инвалидности.

КРГ-3.3 – больные с ДЦП (III ст. тяжести), инвалиды с низким РП. Сюда относятся инвалиды группы В, нуждающиеся в социально-бытовой реабилитации. В этой подгруппе ведущее место занимают медицинская и социально-бытовая реабилитация. Последняя включает материальное обеспечение, снабжение бытовыми техническими средствами и адаптацию к ним средствами передвижения, услугами территориальных центров социальной защиты, адаптацию жилья. Реабилитация больных КРГ-3.3 может привести к понижению тяжести инвалидности до А группы, если реабилитация приводит к достижению частичной личной независимости больного от посторонней помощи. В большинстве случаев тяжесть инвалидности не изменяется. Критерием эффективности реабилитации в подобных случаях является расширение рамок социально-бытовой активности.

Таким образом, предлагаемый алгоритм по оказанию помощи детям с перинатальными поражениями нервной системы с выделением фаз МР позволяет реализовать принцип раннего начала и ее непрерывности. Разделение больных на клинико-реабилитационные группы разрешает наметить конкретные цели, задачи и виды МР, дифференцированно оценивать результативность по клиническим и социальным показателям, что придает отчетности службы реабилитации более конкретный характер.

Данная система проведения МР детям с перинатальными поражениями нервной системы интегрирована в лечебно-диагностический процесс на всех этапах организации медицинской помощи и проводится на базе имеющихся лечебно-профилактических учреждений города и района.

С целью организации домашнего этапа во время проведения реабилитации в специализированных подразделениях в этот процесс активно вовлекаются родители, производится их обучение методике ЛФК и другим доступным методам реабилитации, что обеспечивает непрерывность данного процесса за счет реабилитационных курсов в лечебном учреждении и в домашних условиях, снижает нагрузку на лечебно-профилактические учреждения и практически делает МР непрерывно-курсовым процессом.

Данная схема организации МР позволяет дальнейшее ее совершенствование путем внедрения новейших реабилитационных методик, повышения специального уровня медицинских кадров, улучшения материально-технического оснащения реабилитационной базы, организации новых подразделений или специализации имеющихся, обеспечением командного подхода в реабилитации детей с перинатальными поражениями нервной системы, особенно на последнем её этапе.

Литература

1. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи. - К., 1988. - 327 с.
2. Гиткина Л.С., Смычек В.Б., Рябцева Т.Д. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. - 1999. - №1. - С. 25-31.
3. Зеленкевич И.Б., Соколовская Л.А., Гиткина Л.С., Цыбин А.К. и др. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. - 1998. - №1. - С. 21-28.
4. Коган О.Г., Найдин В.Л. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии. - М., 1988. - 304 с.
5. Неврология детского возраста. Болезни нервной системы новорожденных и детей раннего возраста, эпилепсия, травматические и сосудистые поражения. / Под ред. Г.Г. Шанько, Е.С. Бондаренко. - Мн., 1990. - 495 с.
6. Международная классификация нарушений, снижения трудоспособности и социальной недостаточности. - М., 1982. - 187 с.
7. Онегин Е.В. Съезд акушеров, гинекологов и неонатологов РБ, 8-й. - Гродно, 2002. - Т. 2. - С. 273-279.
8. Семенова К.А. Махмудова Н.М. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных с детским церебральным параличом. - Ташкент, 1979. - 487 с.
9. Шухова Е.В. Реабилитация детей с заболеваниями нервной системы. - М., 1979. - 255 с.
10. Якунин Ю.А., Ямпольская Э.И., Кипнис С.Л., Сысоева И.М. Болезни нервной системы у новорожденных и детей раннего возраста. - М., 1979. - 275 с.

Resume

ALGORITHM FOR ORGANIZING MEDICAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH PERINATAL NERVOUS SYSTEM PATHOLOGY

Ye.V. Onegin, ass.prof., Ph.D.

The Department of Neurology
Grodno State Medical University

In this article the algorithm of rendering medical aid to children with perinatal lesions of the nervous system integrated into the process of diagnosis and treatment in all stages of medical rehabilitation being performed in medical and prophylactic institutions is suggested. This organization scheme of medical rehabilitation allows to advance it further, gives more specific character to the statistic service of rehabilitation and improves its efficacy.